	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR ESPERANZA CORTEZ SUAREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51797161							
CORREO ELECTRONICO:	scesperanzasc@hotmail.com				CELULAR:	3108076452							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS CABAÑAS				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA 27 - E 01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500917328								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2462 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 de 11			
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	12/12/2018	NÚMERO DE CRP	49672	FECHA	17/12/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE SALUD ORAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,453,802									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$29,445,624
VALOR EJECUTADO	$29,445,624
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,453,802
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8332153725	981,506	$122,700	$157,100	3	$24,000	$303,800

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de enero del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FLOR ESPERANZA CORTES SUAREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PAPS CABAÑAS				**Sede:** PABLO VI BOSA					
No. DE CONTRATO:	2462 de 2018	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2,019		31	1	2,019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR ESPERANZA CORTEZ SUAREZ		C. C.	51,797,161		DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRTIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE SALUD ORAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ **Servicios:** SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos del servicio de odontología para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.	SI	Adherencia a Guías de Manejo en Atención al usuario, seguir lineamiento y reglamento interno de la institución	Demanda inducida, Historia clínica, consentimiento informao
2) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica	Historia Clínica
3) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	Realizar diagnostico adecuado, registro de la historia y procedimientos para formular el tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
4) Participar en la programación de las actividades del área.	SI	Participación en reuniones y actividades requeridas para el desarrollo del los procesos	Reuniones UAT, capacitaciones secretaría de salud, briefing y debriefing, carpeta de sanitizacion.
5) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	SI	Realizar SISVESO y demanda inducida a los servicios a los cuales tiene derecho y requiere el usuario	Demanda Inducida ,HIMS, SISVESOS
6) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Cumplimiento de UETS y lineamientos propuestos	RIPS, Historia Clínica
7) Impartir instrucciones al personal a cargo	SI	Realización de actividades programadas según lo establecido con el personal del área	Actividades realizadas
8) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e	SI	Diligenciamiento completo y adecuado de los formatos del área	Historia Clínica Sistematizada autocuidao, Consentimiento Informado
9) Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SI	Realizar seguimiento seguro y oportuno para el paciente ,canalización al servicio que requiera	Historia Clínica Sistematizada
10) Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	SI	Realizar seguimiento seguro y oportuno para el paciente, canalización al servicio que requiera	RIPS, Historia Clínica , ,BRIEFING Y DEBRIEFING,Cuidado en casa
11) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Por medio de aplicación de guías de manejo y protocolos de atención	Historia Clínica - Consentimiento Informado
12) Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI	Dar información adecuada a los usuarios, comunicación asertiva, divulgación de deberes y derechos	Historia Clínica
13) Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	SI	Adecuado diligenciamiento del consentimiento informado	Consentimiento Informado
14) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Aplicar durante la consulta todos los lineamientos y adherencias a las guías	Resultados de auditoria
15) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	Cumplir mensualmente con los informes requeridos, rips que demuestren veracidad en las actividades realizadas	Informes
16) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, documentos bienes muebles entregados por el hospital .	Listas de chequeo e inventarios
17) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Asistir a UAT, ULG y participar en temas de interés para mejorar el proceso de atención en odontología	Actas de reunión
18) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Realizar buen diligenciamiento de formatos según procedimientos establecidos y dar cumplimiento a los mismos	PROCESO DE ATENCIÓN
19) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	SI	Participación en actividades programadas	Actas
20) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI	Participación en actividades programadas establecidas	Actas
21) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	N.A.		
22) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	Entrega e soportes de pagos realizados	Soportes de pago
23) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Realización de actividades asignadas	Actas , registros

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : DOS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS DOS ($2.453.802)

FLOR CORTES SUAREZ

FLOR ESPERANZA CORTEZ SUAREZ C.C 51.797.161

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR

Scanned by CamScanner

Señor(a): FLOR ESPERANZA CORTES SUAREZ
No. Identificación: CC 51797161
Dirección: CARRERA 48 NO 127 51
Teléfono: 2267478 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332153725

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	FLOR ESPERANZA CORTES SUA
Tipo y Número de Identificación	CC 51797161
Número Planilla	8332153725
Fecha de Pago	1/2/2019
Número de Autorización de Pago	61578858
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$303.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$24.000	1
230301	Porvenir	$157.100	1
EPS008	Compensar EPS	$122.700	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	51797161
APELLIDOS Y NOMBRES	CORTES SUAREZ FLOR ESPERANZA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	981.506	981.506	981.506	0	122.700	157.100	24.000	0

TIPO DOC.:	
NO. DOCUMENTO:	
APELLIDOS Y NOMBRES	

IBC	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

Scanned by CamScanner