Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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:	LUZ AMPARO GOMEZ PEÑA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	43.220.352						
CORREO ELECTRONICO:	luchygomez@hotmail.com				CELULAR:	3163217601						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA FO08											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	E09	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4482672871								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2578-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8					
NÚMERO DE CDP	1109 1250 1433	FECHA	26/6/2018 27/07/2018 30/08/2018	NÚMERO DE CRP	30023 34139 38489	FECHA	30/06/2018 31/07/2018 31/08/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PERIODONCISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	9	2018		30	9	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.960.711										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$38.000.000 ✓
VALOR EJECUTADO	$36.789.644
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.960.711
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$1.210.356
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
8485065006 8484047051	$1.984.284,40	$248.036	$317.486	$3	$48.337	**$613.858**

Dado en Bogotá mes de OCTUBRE del año (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ AMPARO GOMEZ PEÑA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA									Sede: CAPS ZONA FRANCA FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	2578-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	9	2.018		30	9	2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ AMPARO GOMEZ		C. C.		43.220.352		DE		BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Odontopediatra de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __ NO ____ Servicios: SI __X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Periodoncia elaboración de historia clinica y examen en Periodoncia de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de odontopedi , solicitar examenes paraclinicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Periodoncia elaboración de historia clinica y examen de Periodoncia de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuò tratamientos en Odontopediatria ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes de laboratorio y estudio de resultados. Contribuir en la evaluaciòn de actividades e impacto de la prestaciòn de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados. Se realizó la evaluaciòn de actividades e impacto de la prestaciòn de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de informaciòn en salud diariamente.	si	Se diligenciò los sistemas de informaciòn en salud diariamente.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia, y capacite en Manejo del comportamiento,reportea seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	Conversatorio mes de agosto
Realizar informes mensuales de gestiòn, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotaciòn e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Correcto uso de los implementos de identificacion en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes .	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $4.960.711

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ AMPARO GOMEZ CC:43220352

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

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 43220352		GOMEZ PEÑA LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 76 # 130 48 t4 apto 704	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783775	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	378048447	8485065006	N	2018/10/11	2018/10/17	BANCO COLPATRIA	6	$376,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,210,000**	**$193,600**			**$1,210,000**	**$151,300**			**$0**	**$0**			**$1,210,000**	**$29,500**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,210,000	$193,600			$1,210,000	$151,300			$0	$0			$1,210,000	$29,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,210,000	$193,600			$1,210,000	$151,300			$0	$0			$1,210,000	$29,500		$0	$0
1	CC	43220352	GOMEZ LUZ	231001	30	($781,242)	($125,000)	EPS044	30	($781,242)	($97,700)		0	$0	$0	14-28	30	($781,242)	($19,100)	0	$0	$0
2	CC	43220352	GOMEZ LUZ	231001	30	$1,991,242	$318,600	EPS044	30	$1,991,242	$249,000		0	$0	$0	14-28	30	$1,991,242	$48,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,210,000	$193,600			$1,210,000	$151,300			$0	$0			$1,210,000	$29,500		$0	$0

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 43220352		GOMEZ PEÑA LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 76 # 130 48 t4 apto 704	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783775	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	378048447	8485065006	N	2018/10/11	2018/10/17	BANCO COLPATRIA	6	$376,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,600	$900	$0	$194,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$193,600	$900	$0	$194,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,500	$200	$0	$29,700
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$29,500	$200	$0	$29,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,300	$700	$0	$152,000
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$151,300	$700	$0	$152,000
TOTAL				**1**	**$374,400**	**$1,800**	**$0**	**$376,200**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 43220352		GOMEZ PEÑA LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 76 # 130 48 t4 apto 704	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783775	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	378014018	8484047051	I	2018/10/11	2018/10/17	BANCO COLPATRIA	6	$243,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$600	$0	$125,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$125,000	$600	$0	$125,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$100	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$500	$0	$98,200
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$97,700	$500	$0	$98,200
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$1,200**	**$0**	**$243,000**

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 43220352		GOMEZ PEÑA LUZ AMPARO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	trans 76 # 130 48 t4 apto 704	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783775	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	378014018	8484047051	I	2018/10/11	2018/10/17	BANCO COLPATRIA	6	$243,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	43220352	GOMEZ LUZ	231001	30	$781,242	$125,000	EPS044	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0