INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	28.307.457							
CORREO ELECTRONICO:	cilin99@yahoo.				CELULAR:	3204498592							
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	%	
	E03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	2600037267								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2576-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	**NÚMERO DE CRP**	21857	**FECHA**	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ORTODONCISTA 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	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.160.340									
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:	$10.000.000
VALOR EJECUTADO	$4.231.310
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.160.340
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$5.768.690
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	42%

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
8478980645	$781.242	$97.655	$124.999	$3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá JUNIO 2018 . Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ
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:	CAPS ZONA FRANCA			**Sede:** FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2576-2018	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	5	2.018		31	5	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ			**C. C.**	28.307.457			**DE**	PUENTE NACIONAL	

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 Ordoncista 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 en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral.Diagnosticar patologìas y efectuar tratameinto de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar examenes paraclinicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Ortooncia y ortopedia maxilar ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes clìnicos y radiograficos y estudio de resultados.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes clìnicos y radiograficos se realizo el estudio los resultados.	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del diagnostico y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente.	si	Se diligenciò los sistemas de información en salud diariamente.	Historias clìnicas diligenciadas por completo
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	Se reporta 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	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de ortodoncia
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	Me adhiero a manual de bioseguridad , procedimiento ambulatorio guias de buenas practicas.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendi 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.	este mes NO se realizo
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	Buen uso de equipos y instrumental
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 segùn lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institucion, o en area de alimentación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ 1.160.340

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTACILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZCC 28307457

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

				CILIA	ISABEL	MORENO	BOHORQUEZ	
FECHA DE ATENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	VALOR FACTURA COBRADA AL PACIENTE	VALOR LABORATORIO	VALOR A PAGAR AL PROFESIONAL DE ACUERDO A LO CONTRATADO (70%)
03/05/2018	SANTIAGO ADOLFO PAMPLONA PAMPLONA	71781876	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
03/05/2018	NICHAEL STITH CANEDO CORTES	1000517155	893106-5	1	Control ortodoncia	$ 45.000		$ 31.500
03/05/2018	IVAN ALEJANDRO MANCIPE	1000520445	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
03/05/2018	LEIDY YULIANA VARGAS BOJACA	1016092014	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
03/05/2018	ANDRES SEBASTIAN ALVARES GOMEZ	1000286098	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460
03/05/2018	CLAUDIA PATRICIA GOMEZ	52532303	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
03/05/2018	DANIEL SANTIAGO ORTEGA	1000328343	893106-9 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 53.800		$ 37.660
03/05/2018	JUAN DAVID SANCHEZ SANCHEZ	1000793296	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
03/05/2018	CATALINA CORTES TRIANA	1000328485	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
03/05/2018	CAROLINA ROZO ANISARE	1016017481	893106-37	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
17/05/2018	JENIFER BUSTOS ABRIL	53166668	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460
17/05/2018	GILMA ESPERANZA GOMEZ VERGARA	52755253	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
17/05/2018	JHON ALEXANDER VERA NIÑO	1016104544	893106-13	1	Control de ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
17/05/2018	LUISA FERNANDA MONTAÑA ARTUNDUAGA	1010007656	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460
17/05/2018	MARIA CAMILA MONTAÑA ARTUNDUAGA	1010015034	893106-14 89310-38	2	Control ortodoncia-reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460
17/05/2018	IVAN ALEJANDRO MANCIPE	1000520445	893106-38	1	reparacion bracket	$ 14.800		$ 10.360
17/05/2018	ANDRS FELIPE CHACON	1010055298	893106-14	1	Control ortodoncia	$ 43.000		$ 30.100
17/05/2018	ANDERSON AVELLA AVILA	80162900	89310-13	1	Control ortodoncia	$ 55.000		$ 38.500
17/05/2018	SANDRA PATRICIA GARZON	52319392	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
24/05/2018	ANGI PAOLA VELASQUEZ TINJACA	1000580027	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
24/05/2018	LIYER MORENO SALGADO	52759970	893106-11	1	Montaje de ortodoncia	$ 162.400		$ 113.680
24/05/2018	YUBER STIVEN GARCIA	1000323292	893106-14 893106-38	2	Control ortodoncia reparacion bracket	$ 57.800		$ 40.460
24/05/2018	ANGI PAOLA ALDANA ZAMUDIO	1016110792	893106-8	1	Control ortodoncia	$ 49.000		$ 34.300
24/05/2018	XIMENA RODRIGUEZ LANCHEROS	1056954005	893106-8	1	reparacion bracket	$ 49.000		$ 34.300
31/05/2018	YURY ALEJANDRA ACOSTA PAEZ	1016018462	893106-13 893106-38	2	Control ortodoncia reparacion bracket	$ 69.800		$ 48.860
31/05/2018	YUBER STIVEN GARCIA	1000323292	893106-38	2	reparacion bracket	$ 29.600		$ 20.720
31/05/2018	NICOLAS DAVID LOZANO	1000330638	893106-7	1	Control ortodoncia	$ 65.000		$ 45.500
31/05/2018	IVAN ALEJANDRO MANCIPE	1000520445	893106-9	1	Control ortodoncia	$ 39.000		$ 27.300
31/05/2018	CALUDIA PATRICIA GOMEZ	52532303	893106-38	1	Control ortodoncia	$ 14.800		$ 10.360
31/05/2018	ANDRES SEBASTIAN ALVARES GOMEZ	1000286098	893106-41	1	Toma de impresión para rejilla	$ 168.000	$ 50.000	$ 82.600
				TOTALES		$ 1.636.200	$ 50.000	$ 1.110.340
				TOTAL A PAGAR POR LABORATORIO			$ -	$ 50.000
				TOTAL PORCENTAJE A PAGAR				$ 1.110.340
				TOTAL A PAGAR ESPECIALISTA			$	1.160.340



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7521039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	40850713	8478980645	I	2018/05/16	2018/05/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,401,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0		$2,401,800
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0		$2,401,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0		$2,401,800
1	CC 28307457	MORENO CILIA		25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS001	30	$8,000,000	$1,000,000		0	$0	$0	14-28	30	$8,000,000	$41,800	0	$0	$0	No	$2,401,800
Total	**Afiliados(1)**					$8,000,000	$1,360,000			$8,000,000	$1,000,000			$0	$0			$8,000,000	$41,800		$0	$0		$2,401,800

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7521039	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	40850713	8478980645	I	2018/05/16	2018/05/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$2,401,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,360,000	$0	$0	$1,360,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$41,800	$0	$0	$41,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$41,800	$0	$0	$41,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$1,000,000	$0	$0	$1,000,000
TOTAL				1	$2,401,800	$0	$0	$2,401,800