

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	%
		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		11	
NÚMERO DE CDP	1598 1731 1990	FECHA	28/09/2018 29/10/2018 23/12/2018	NÚMERO DE CRP	42146 45480 49754	FECHA	30/09/2018 31/10/2018 17/12/2018
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	12	2018		31	12	2018

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.225.660
-----------------------------	-------------

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:	\$13.500.000
VALOR EJECUTADO	\$11.329.610
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.225.660
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	\$2.170.390
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
8487137203	\$8.000.000,00	\$1.000.000	\$1.280.000	\$3	\$194.880	\$2.474.880

Dado en Bogotá ENERO 2019 . 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

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	U4-UZ-FU-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA		Sede:	FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	2576-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	
			1	12	2.018	a
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 ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clínica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario.	si	Si se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clínica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Ortodoncia y ortopedia maxilar.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas
Atender a los usuarios y ordenar análisis y exámenes clínicos y radiográficos y estudio de resultados.	si	Si se atendió y se ordenó análisis y exámenes clínicos y radiográficos se realizó el estudio los resultados.	Historia clínica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del diagnóstico y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente.	Historias clínicas 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 acreditación al interior de la institución. Realizar notificación de eventos de interés en salud pública, así 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 favoreció el proceso de acreditación al interior de la institución. Se realizó notificación de eventos de interés en salud pública, así como los eventos adversos presentados en el servicio	Se reporta seguridad de paciente sucesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditación en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditación en salud del hospital. Ejecutó las actividades según criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de ortodoncia
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y responder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión del hospital e impulsar y promocionar 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 envío referente de odontología
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 anomalías en equipos a para su revisión y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institución	Me adhiero a manual de bioseguridad, procedimiento ambulatorio guías 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	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atención 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	Verificación de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomédicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clínica de la carga y el lote esterilización con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carne según lineamiento institucional.	Me adhiero a la estrategia de utilizar la bata y retirarla cuando este fuera de la institución, o en área de alimentación.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: \$ 1.225.660.	
Cilia de la Horacio Bohorquez C. C. 28307457 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CILIA ISABEL MORENO BOHORQUEZ C.C. 28307457	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  LILIANA CASTILLO MOSOS

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION						
Periodo	Salud	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Pensión 2018-11	2018-11	38932386	Planilla I	2018/12/14	2018/11/27	\$2,401,800
		8486214086			BANCO DAVIVIENDA	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																								
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte		
Sucursal principal (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000				\$0			\$8,000,000	\$41,800			\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000				\$0			\$8,000,000	\$41,800			\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000				\$0			\$8,000,000	\$41,800			\$0	\$0		
1	CC 28307457	MORENO CILIA	25-14	30	\$8,000,000	\$1,360,000	EP5001	30	\$8,000,000	\$1,000,000		0		\$0		14-28	30	\$8,000,000	\$41,800	0		\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$8,000,000	\$1,360,000			\$8,000,000	\$1,000,000				\$0			\$8,000,000	\$41,800			\$0	\$0		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE						
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Exonerado SENA e ICBF
CC 28307457		MORENO BOHORQUEZ CILIA ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 101 BIS 20 21 BR CHICO NORTE	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION						
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor
2018-11	385232986	Planilla	2018/12/14	2018/11/27	0	\$2,401,800

RESUMEN DE PAGO						
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)						
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$1,360,000	\$0
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)						
ARP SURIA (ANTES SUPRATERP)	14-28	800,256,161	9	1	\$41,800	\$0
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)						
ALIANSA EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	\$1,000,000	\$0
TOTAL				1	\$2,401,800	\$0

SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
\$0	\$1,360,000
\$0	\$1,360,000
\$0	\$41,800
\$0	\$41,800
\$0	\$1,000,000
\$0	\$1,000,000
\$0	\$2,401,800