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
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BEATRIZ FERRER CORREA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	23555631							
CORREO ELECTRONICO:	betinaferrer12@hotmail.com				CELULAR:	3102831310							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	USS ESTACION				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA29 - E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	202656864-26								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5850 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3					
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de endodoncia, 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	12	2018		31	12	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.129.700										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.370.250
VALOR EJECUTADO	$6.305.400
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.129.700
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.064.850
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
8486475111	$1.500.000	$187.500	$240.000	3	$36.600	**$464.100**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Noviembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

Alba Edith Lopez

ALBA EDITH LOPEZ LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

B Ferrer C

BEATRIZ FERRER CORREA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with 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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PAPS ESTACION				**Sede: PAPS ESTACION PABLO VI BOSA**				
No. DE CONTRATO:	**5850-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.018		31	12	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BEATRIZ FERRER CORREA			23.555.631		**DE**	DUITAMA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestará sus servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Endodoncia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. De acuerdo al requerimiento institucional

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboración de historia clínica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de Endodoncia , solicitar exámenes para clìnicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboración de historia clínica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Endodoncia ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoración y entrega de referencia para autorización en su eps. Atencion de consulta en PAPS Estación de agenda
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 análisis y exámenes de laboratorio y se estudió los resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestaciòn de los servicios de salud oral en dx de patologias endodonticas y 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. Tomar radiografias periapicales.	si	Se diligenciò los sistemas de informaciòn en salud diariamente. Se tomò radiografias periapicales.	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 actividades y capacitaciones realizadas en PAPS Estacion
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 hospita,asistiendo a las reuniones del grupo primario de odontologia . Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	Adherencia a estandares de acreditacion como : identificacion redundante, educación al usuario, informacion si la consulta se encuentra atrasada, espera del usuario el 20% de la consulta, orientacion al usuario.

Scanned with CamScanner

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	**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	Envio 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.
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 escogí el ingreso adecuado en el sistema	100% de atención de pacientes con factura
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 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 implemento de identificación en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atención de pacientes .	Disminuir riesgos de contaminación cruzada en consulta y correcta identificación del profesional por parte de los pacientes
OBSERVACIONES: CAPS ESTACION. 93 HORAS			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.129.700.oo PESOS M/CTE = Dos millones ciento veintinueve mil setecientos pesos M/CTE.			
Beatriz Ferrer Correa. B/ 23555631 NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: BEATRIZ FERRER CORREA CC 23555631 DE DUITAMA		Fecha . dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor	

Scanned with CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 23555631		FERRER CORREA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 # 113 51	BOGOTA-BOGOTA D E	6379443	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
018-11	2018-11	46716190	8486475111	I	2018/12/10	2018/12/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$464,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,600	$0	$0	$36,600
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$36,600	$0	$0	$36,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$0	$0	$187,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$187,500	$0	$0	$187,500
TOTAL				1	$464,100	$0	$0	$464,100

PAGADO

2018/12/11 09:04 AM

Scanned with CamScanner

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	Dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C [illegible]		PEDRO CORREA BEATRIZ	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	[illegible]	BOGOTA-BOGOTA D.C	[illegible]	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clase		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Sitio pago	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	BANCO DE OCCIDENTE		[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte
[illegible]					[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]			[illegible]	[illegible]
Sucursal: [illegible]					$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$160.000			$0	$0			$1.000.000	$348.000
Sucursal: BOGOTA Depto: BOGOTA D.C. (1 Afiliados)					$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$160.000			$0	$0			$1.000.000	$348.000
1	[illegible]	PEDRO CORREA BEATRIZ	05	X	$1.000.000	$160.000	[illegible]	X	$1.000.000	$160.000		X	$0	$0	[illegible]	X	$1.000.000	$348.000
Total Afiliados(1)					$1.000.000	$160.000			$1.000.000	$160.000			$0	$0			$1.000.000	$348.000

PAGADO

2018/12/11 09:04 AM

Scanned with CamScanner