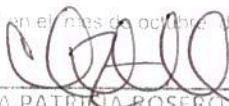
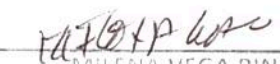
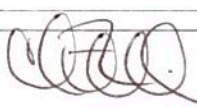


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MILENA VEGA RINCON											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO		37840630						
CORREO ELECTRONICO:				mvega156@gmail.com				CELULAR:		3176365396					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS ZONA FRANCA (FO08)							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PROCESO: GESTION CLINICA AMBULATORIA CAPS ZONA FRANCA FO 8				SEDE:		FONTIBON					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		A17	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:				4870396050				PENSIONADO:				No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3902-2018				N.º DE PAGOS DEL CONTRATO:				6			
NÚMERO DE COP:		1433		FECHA:		30/03/2018		NÚMERO DE CRP:		39195		FECHA:		31/08/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSIQUIATRA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE:		DÍA	MES	AÑO	HASTA:		DÍA	MES	AÑO		
						1	9	2018			30	9	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.972.000											
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										\$22.640.742					
VALOR EJECUTADO										\$22.640.742					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$3.972.000					
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
8484207469	\$2.747.706,00	\$343.500	\$459.700	3	\$67.000	\$851.000									
Dado en Bogotá en el mes de octubre del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente:															
 CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR										 MILENA VEGA RINCON NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

Ubicación del Servicio:		PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) F008				Sede: CAPS ZONA FRANCA				
No. DE CONTRATO:	3902-2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	9	2018		30	9	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILENA VEGA RINCON	C. C.		37 840 630			DE		Bucaramanga	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psiquiatra en el Proceso Gestion Clinica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. - Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fomboná donde sean requeridos por el supervisor del contrato.										
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____										
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS					PRODUCTOS ENTREGADOS			
Realizar la Consulta Externa de Psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidad del acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. - Unidad de Servicios de Salud Fomboná y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	SI	Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral del cuidado del paciente.					Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Psiquiatría. Se realizó el diagnóstico médico profesional usando los instrumentos diagnósticos con las que cuenta para el cuidado del paciente.			
Organizar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1996 y demás normatividad vigente y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico.	SI	Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica.					Se realizó el diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y ético según Resolución 1995 de 1996.			
Uso adecuado del bata y calce según lineamiento institucional.	SI	Uso adecuado del uniforme, bata y calce 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.			
Entregar oportunamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0954 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien delega el coordinador del contrato.	SI	Se diligencia los RIPS y se hacen tomar por el paciente.					Se entrega en físico en consultorio 102 los RIPS debidamente diligenciados.			
Realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	SI	Se Realiza la referencia y contra referencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.					Entrega de referencia a usuarios para autorización de sus ops.			
En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y gestionar la reprogramación de la agenda.	SI	Planear la consulta y evento la reprogramación de agendas.					Se reprograma las agendas para el día programado.			
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación de servicio.	SI	Se cumple oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación de servicio.					Se cumple la programación de la consulta según agenda programada.			
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	Registro en la historia clínica la recomendación medicamentosa de los pacientes. Registro el riesgo clínico y de seguridad del paciente en la historia clínica.					Registro en la historia clínica la recomendación medicamentosa de los pacientes. Registro el riesgo clínico y de seguridad del paciente en la historia clínica.			
Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.	SI	Cumplir las normas establecidas por la institución en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.					Me adhiero a la técnica del lavado de manos, segregación de residuos, manejo de bioseguridad etc.			
Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	SI	Reportar por escrito cualquier daño que se presente en los equipos de su especialidad.					Buen uso de equipos.			
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.	SI	Respetar y hacer cumplir las normas establecidas por la institución.					Se adhiero a manual de bioseguridad, manejo de residuos, guías de buenas prácticas.			
Aprobar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las quejas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	SI	Atender paciente en la clínica y responder por la facturación de los servicios.					Atención de atención de pacientes con factura.			
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorías internas y externas.	SI	Participar en los procesos de mejoramiento de salud institucionales. Ejercer las funciones asignadas en el contrato.					Asistencia a las reuniones programadas que concierne con la agenda de psiquiatría.			
Uso adecuado del bata y calce según lineamiento institucional.	SI	Uso adecuado del uniforme, bata y calce 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: el valor hora contratada es \$66.201 (sesenta y seis mil doscientos un pesos moneda cte)										
TOTAL A PAGAR		\$3 972 060								
MILENA VEGA RINCON										
Nota: El informe para su aprobación entra sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato por el supervisor.										



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Pagos Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
123456789		VIAJE REPOSICION SENA	NO REPOSICION	PRINCIPAL	CALLE 5 No. 10 A-35 CAJAS 12	Calle Cuchumatán	6620150	NO
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Días Mora	Valor
2018-09	2018-09	10123456	34420754		2018-12-18	2018-09-25	0	\$850,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO					PENSIÓN				
No.	Identificación	Apellidos	Código	Días	IBF	Aporte	Código	Días	Valor
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
1	123456789	VEGA MUÑOZ	3514	62	\$2,747,706	\$439,700			\$0
Total Afiliados(1)					\$2,747,706	\$439,700			\$0

SALUD					CCF				
No.	Identificación	Apellidos	Código	Días	IBF	Aporte	Código	Días	Valor
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
1	123456789	VEGA MUÑOZ	3514	62	\$2,747,706	\$439,700			\$0
Total Afiliados(1)					\$2,747,706	\$439,700			\$0

RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Apellidos	Código	Días	IBF	Aporte	Código	Días	Valor
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
1	123456789	VEGA MUÑOZ	3514	62	\$2,747,706	\$439,700			\$0
Total Afiliados(1)					\$2,747,706	\$439,700			\$0



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
12.2750430		COMERCIALIZADORA S.A.	INDUSTRIAL	FINANZAS	CRA 370-10-42 CASA 17	CRA CORRIASABATA	6624750	NO

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
1912-01	48410724	Planilla	2018-12-18	2018-12-18	7850,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
Nº	Identificación	Turno	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																								
	1	CC	3750430	30	\$2,747,706	\$439,200			\$2,747,706	\$343,500			\$2,747,706	\$343,500			\$2,747,706	\$343,500			\$2,747,706	\$343,500		
Total Afiliados(1)																								

MES	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	CONSULTORIOS (CAPACIDAD INSTALADA)	CONSULTORIOS (UTILIZADOS EN EL MES)	NÚMERO DE HORAS DE INFRAESTRUCTURA	HORAS CONSULTA EXTERNA RESOLUTIVA	Horas Consulta p y p	HORAS LABORADAS	META POA	ESTANDAR RENDIMIENTO	META CON HORAS LABORADAS (consultas programadas)	TOTAL CONSULTAS	% DE CUMPLIMIENTO META POA	% DE CUMPLIMIENTO META CON HORAS LABORADAS	PRODUCTIVIDAD	RENDIMIENTO	CONSULTA DE 1ª VEZ	CONSULTA CONTROL	VINCULADO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS
SEPTIEMBRE	Psiquiatría primera vez	Milena Vega	OPS				25.0	-	25.0	41	1.5	38	30	74.1%	80.0%	1.0	1.2	30			30		
SEPTIEMBRE	Psiquiatría control	Milena Vega	OPS				33.0	-	33.0	65	2.0	56	64	98.8%	97.0%	1.8	1.9		64		61	2	1