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:	ANGELA ROCIO MORENO ANDRADE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52832255							
CORREO ELECTRONICO:	angelamoreno27@gmail.com				CELULAR:	3204897276							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
			E08	100									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62466777566								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2229-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12			
NÚMERO DE CDP	1990-26	FECHA	13/12/2018 10/01/2019	NÚMERO DE CRP	49493-9276	FECHA	17/12/2018 15/01/19			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ENDODONCISTA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.030.400									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: CAPS Zona Franca 176 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$51.868.500
VALOR EJECUTADO	$51.868.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.030.400
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
32152055	$1.538.880,00	$192.360	$246.221		$0	**$438.581**

Dado en Bogotá a los 18 días del mes de Enero del año Dos Mil Diecinueve 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

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

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA							Sede: CAPS ZONA FRANCA FONTIBON -PAPS ESTACION PABLO VI BOSA		
No. DE CONTRATO:	**2229-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	1	2.019		31	1	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELA ROCIO MORENO ANDRADE		**C. C.**	52.832.255			**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 Endodoncista de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 tratameinto de Endodoncia , solicitar examenes paraclínicos 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 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 evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudió los resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestación 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 información en salud diariamente. Tomar radiografias periapicales.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente. Se tomó 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 Acreditacion, reporté 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 hospita,asistiendo a las reuniones del grupo primario de odontologia Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	Participacion en grupo primario odontologia, 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.
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y resoponder 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 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	Diligenciamiento del siso y 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 anomalias en equipos a para su revision 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 escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
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: CAPS Zona Franca 176 horas

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4,030,400PESOS M/CTE = Cuatro Millones Treinta mil cuatrocientos pesos M/CTE.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGELA ROCIO MORENO ANDRADE CC 52832255 DE BOGOTA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa ANGELA ROCIO MORENO ANDRADE identificado con CC número 52832255
aportó por ANGELA ROCIO MORENO ANDRADE, identificado con CC número 52832255
quien se encuentra registrado a la fecha como tipo de cotizante 3 - Independiente
por concepto de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes,
para los periodos comprendidos entre 12-2018 y 12-2018 de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TDA	TDP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	DIAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERÍODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
EPS005	Sanitas EPS																30	1.538.880	$ 192.400	0	0	dic.-2018	32152055	14/01/2019	N
230201	Proteccion (ING + Proteccion)					X											30	1.538.880	$ 246.300	0	0	dic.-2018	32152055	14/01/2019	

El presente certificado se expide a los 11 dias del mes enero de 2019

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información

ISO / IEC 27001 icontec

Certificado N° SI 006-1