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:			EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		80.214.661				
CORREO ELECTRONICO:			edwmao554@hotmail.com				CELULAR:		3152636734				
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	%	
	FO08A11	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:			COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4682006036						PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3181-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9		
NÚMERO DE CDP	1284	FECHA	20/09/2019	NÚMERO DE CRP		44452	FECHA	30/09/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA 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	10	2019		31	10	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$70.000 V/Hora							
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:	$57.190.000
VALOR EJECUTADO	$56.980.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7.560.000
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$210.000
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 **$2.070.290**, 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
8497555445	$3.024.000,00	$378.000	$483.840	3	$73.665	**$935.505**

Dado en Bogotá a Noviembre del 2019 Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edwin Mauricio Tellez

EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA						Sede: FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	3181-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	10	2.019		31	10	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO		C. C.		80.214.661		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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE MEDICINA INTERNA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicl SI X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la Consulta Externa deMEDICINA INTERNA según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente unidad prestadora de servicios de salud de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón, y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	SI	Realice las actividades de patologias establecidos dentro del plan Integral del cuidado del paciente	Se atende consulta programada por medio de la consulta de MEDICINA INTERNA se realizo el ejercicio medico profesional usando las herrameintas diagnosticas con las que secuenta para el cuidado del paciente
Diligenciar la historia clinica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 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	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico según Resolución 1995 de 1999
Entregar diariamente los registros individuales de prestación de los servicios (RIPS), completamente diligenciados de acuerdo a la resolución 3374 de 2002 y a la resolución 0951 del 2003 del Ministerio de salud, al área de estadística o quien defina el coordinador del centro.	SI	Se diligencia los RIPS y se hacen firmar por el paciente	Se entrega en físico en consultorio 102 los los RIPS debidamente diligenciados
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	SI	Se aplica las guias que se encuentran en almera	Adherencia a guias del servicio.
En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar la reprogramación de la Agenda	SI	Planeo la consulta y evito la reprogramacion de agendas	Envio de agendas planeadas para evitar reprogramación
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	SI	Se cumplio oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio.	Se cumplio la programacion 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 clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia clinica.	Registro en la historia clinica la reconciliacion medicamentosa de los pacientes, Registro el riesgo clinico y de seguridad del paciente en la historia clinica.
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	Cumplo 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 tecnica del lavado de manos, segregacion de residuos, manual de bioseguridad etc.
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	SI	Brindo un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	Trato humanizado a los pacientes y sus familias
Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presentan en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	SI	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	No se realizo en este mes
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a 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 autorizacion de su eps.
Uso adecuado del bata y carne según 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:VALOE HORA $70.000

TOTAL A PAGAR $7.560.000

Edwin Mauricio Tellez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA EDWIN MAURICIO TELLEZ GUERRERO CC 80214661

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

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

MES	ESPECIALIDAD	LASIFICACIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	CONSULTORIOS (CAPACIDAD INSTALADA)	CONSULTORIOS (UTILIZADOS EN EL MES)	NÚMERO DE HORAS DE INFRAESTRUCTURA	HORAS CONTRATADAS MES	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 1 A VEZ
OCTUBRE	Medicina Interna	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Tellez Edwin Mauricio	OPS				108,0	106,3	-	106,3	292	3	319	300	102,9%	94,1%	2,8	2,8	122

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80214661		TELLEZ GUERRERO EDWIN MAURICIO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AVCR 68 1-63	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4792102	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-09	2019-09	502791267	8497555445	I	2019/10/15	2019/10/03	BANCO COLPATRIA	0	$1,437,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$4,500,000	$765,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$109,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$4,500,000	$765,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$109,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$4,500,000	$765,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$109,700		$0	$0
1	CC	80214661	TELLEZ EDWIN	Z30301	30	$4,500,000	$765,000	EPS005	30	$4,500,000	$562,500		0	$0	$0	14-11	30	$4,500,000	$109,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$4,500,000	$765,000			$4,500,000	$562,500			$0	$0			$4,500,000	$109,700		$0	$0