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:	SHIRLEY VIVIANA RIAÑO RONDÓN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	28.559.832						
CORREO ELECTRONICO:	shirleyviviana@gmail.com				CELULAR:	3115512062						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO AMBULATORIO INTRAMURAL (CAPS ZONA FRANCA)				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTÁ				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	255049900								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3159-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	664	FECHA	21/05/2019	NÚMERO DE CRP	25867	FECHA	31/05/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PEDIATRA 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	6	2019		30	6	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6.079.234									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$25.683.056
VALOR EJECUTADO	$24.999.996
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.079.234
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$683.060
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
8493982144	$2.350.000,00	$297.500	$380.800	3	$58.100	**$736.400**

Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Shirley V. Riaño.

SHIRLEY VIVIANA RIAÑO RONDÓN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	PEDIATRIA						**Sede: CAPS ZONA FRANCA**			
No. DE CONTRATO:	3159-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.019		30	6	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY VIVIANA RIAÑO RONDÓN		**C. C.**		28.559.832	**DE**		IBAGUE	

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 PEDIATRA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la Consulta Externa de Pediatria 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 E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	si	Rrealize' las actividades y procedimiento diagnosticos y terapeuticos señalados para el manejo de patologias establecidos dentro del plan tintegral del cuidado del paciente	Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Pediatria se realizo el ejercicio medico profesional usando las herrameintas diagnosticas con las que secuenta para el cuidado del paciente
Diligenciar la historia clínica 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 medico.	si	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizó diligenciamiento de la historia clinica y sus anexos dentro del marco legal y etico según Resolución 1995 de 1999
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.
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 fisico en consultorio 102 los los RIPS debidamente diligenciados
Realizar la referencia y contrarreferencia 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 autorizacion de su eps.
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
Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, asi como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	Buen uso de equipos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: **$ 6.079.234**

Shirley V. Riaño.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Shirley Viviana Riaño Rondón CC 28,559,832

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	CONSULTA CONTROL	VINCULADO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	IIIASISTENCIAS	No. REPOSICIONES	EXTRAS
JUNIO	Pediatria	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Shirley Viviana Riaño Rondon	OPS				80,0	76,4		76,4	216	3,0	229	198	91,6%	86,4%	2,5	2,6	84	114		198			27		

+9 horas Pendates de Mayo

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28559832		RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Dg 17B # 88-77 Torre 9 Apt 1003	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2491400	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-05	2019-05	463088090	8493982144	I	2019/06/11	2019/06/28	BANCO DE BOGOTA	17	$736,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$293,800			$0	$0			$2,350,000	$57,300		$0	$0		$727,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$293,800			$0	$0			$2,350,000	$57,300		$0	$0		$727,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$293,800			$0	$0			$2,350,000	$57,300		$0	$0		$727,100
1	CC	28559832	RIAÑO SHIRLEY								X									230901	30	$2,350,000	$376,000	EPS005	30	$2,350,000	$293,800		0	$0	$0	14-25	30	$2,350,000	$57,300	0	$0	$0	No	$727,100
Total		**Afiliados(1)**																				$2,350,000	$376,000			$2,350,000	$293,800			$0	$0			$2,350,000	$57,300		$0	$0		$727,100

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 28559832		RIAÑO RONDON SHIRLEY VIVIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Dg 17B # 88-77 Torre 9 Apt 1003	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2491400	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2019-05	2019-05	463088090	8493982144	I	2019/06/11	2019/06/28	BANCO DE BOGOTA	17	$736,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$376,000	$4,800	$0	$380,800
OLD MUTUAL	230901	800,253,055	2	1	$376,000	$4,800	$0	$380,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$57,300	$800	$0	$58,100
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$57,300	$800	$0	$58,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$293,800	$3,700	$0	$297,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$293,800	$3,700	$0	$297,500
TOTAL				**1**	**$727,100**	**$9,300**	**$0**	**$736,400**