Secretaría de Salud Subred 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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILENA VEGA RINCON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	37840630							
CORREO ELECTRONICO:	miveri56@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) F008				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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3176-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11
NÚMERO DE CDP	165 501 664 861 1017 1174 1284 1495 1661 ✓ 1742 ✓	FECHA	17/01/2019 10/04/2019 21/05/2019 27/06/2019 25/07/2019 29/08/2019 20/09/2019 29/10/2019 ✓ 28/11/2019 ✓ 16/12/2019	NÚMERO DE CRP	14810 21275 25882 30404 35092 39715 44448 49184 ✓ 54063 ✓ 58472	FECHA	31/01/2019 30/04/2019 31/05/2019 30/06/2019 31/07/2019 31/08/2019 30/09/2019 31/10/2019 ✓ 30/11/2019 ✓ 18/12/2019 ✓
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestioncomo 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	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	12	2019		31	12	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.098.360							
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:	$40.437.152
VALOR EJECUTADO	$39.890.704
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.098.360
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$546.448
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
9400058091	$1.256.830,00	$157.104	$201.093	3	$30.616	**$388.813**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MILENA VEGA RINCON
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:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) F008			**Sede: CAPS ZONA FRANCA**						
No. DE CONTRATO:	3176-2019	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	12	2.019		31	12	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILENA VEGA RINCON			**C. C.**	37.840.630			**DE**	Bucaramanga	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios como Psiquiatra , en el Proceso Gestión Clinica Ambulatoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E - Unidad Prestadora de Servicios de Salud Fontibón. o 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 Psiquiatria según la agenda programada con oportunidad y calidoz, 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 atendo consulta programada por medio de la consulta de Psiquiatria se realizo el ejercicio medico profesional usando las herramientas 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 medico.	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
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
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorias 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
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
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	Me adhiero a manual de bioseguridad , procedimiento ambulatorio guias de buenas practicas
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	si	Atendi paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la Auditorias internas y externas.	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de psiquiatria
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: el valor hora contratada es $68.306 (sesenta yocho mil trescientos seis pesos moneda c/te)

TOTAL A PAGAR : $4.098.360

MILENA VEGA RINCON C.C 37840630 Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha dd/mm/aaaa Fecha de recibido supervisor

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

MES	ESPECIALIDAD	LASIFICACIÓ	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	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	INASISTENCIAS	No. REPOSICIONES	EXTRAS	INATENCIONES
Diciembre	Psiquiatria primera vez	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Milena Vega	30	28	0	28,0	41	1,5	42	36	88,9%	85,7%	1,2	1,3	36			36			7		1	
Diciembre	Psiquiatria control	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Milena Vega	30	26	0	25,6	55	2,0	51	44	80,7%	85,9%	1,5	1,7		44		44			7		0	



aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37840630		VEGA RINCON MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3 No 10 A 02 CASA 17	CHIA-CUNDINAMARCA	8620250	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-11	2019-11	9259976141	9400056091	1	2019/12/09	2019/11/27	BANCO DAVIVIENDA	0	$835,300

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
[redacted]						$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$0	$0			$2,700,000	$65,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$0	$0			$2,700,000	$65,800		$0	$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$0	$0			$2,700,000	$65,800		$0	$0
1	CC	37840630	VEGA MILENA	25-14	30	$2,700,000	$432,000	EPS008	30	$2,700,000	$337,500		0	$0	$0	14-11	30	$2,700,000	$65,800	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,700,000	$432,000			$2,700,000	$337,500			$0	$0			$2,700,000	$65,800		$0	$0