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	%	
	FO08A17	100											
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			4870396050								PENSIONADO	No	

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3176-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12	
NÚMERO DE CDP	1661 1742 1866 4	FECHA	28/11/2019 16/12/2019 27/12/2019 2/01/2020	NÚMERO DE CRP	54063 58472 63006 1532	FECHA	30/11/2019 18/12/2019 31/12/2019 9/01/2020
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	1	2020		31	1	2020
VALOR HORA:	$68.306							
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:	$43.852.452
VALOR EJECUTADO	$43.715.840
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.825.136
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$136.612
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 **$2.194.507** , 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
9400614174	$1.639.344,00	$204.918	$262.295	3	$39.934	**$507.147**

Dado en Bogotá en el mes de Febrero del año 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	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDIA 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	1	2.020		31	1	2.020
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 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 atendo consulta programada por medio de la consulta de Psiquiatria 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 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, así 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	Atendl paciente con factura y escogl 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 : $3.825.136

MILENA VEGA RINCON C.C 37840630 Y FIRMA DEL

CONTRATISTA _____

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 / TRIMESTRE / CONSOLIDADO AÑO	DATOS BASICOS SEDE			DATOS DEL PROFESIONAL		INFORMACION DE CAPACIDAD INSTALADA									
						INFRAESTRUCTURA		PROGRAMACION DE AGENDAS			META			CONSOLIDADO TC	
	SERVICIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	CONSULTORIO	CONSULTORIOS/UNIDADES (MARGEN DE UTILIZACION)	HORAS CONTRATADAS MES	HORAS LABORADAS	PORCENTAJE DE HORAS LABORADAS VS CONTRATADAS (Estandar 90%)	META POA	ESTANDAR DE RENDIMIENTO	META CON HORAS LABORADAS (Consultas programadas)	TOTAL CONSULTAS	% CONSULTA PYP
ENERO	Psiquiatria primera vez	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	Vega Rincon Milena	OPS			20	18	90%	27	1,5	27	23	
ENERO	Psiquiatria control	Fontibon	UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD 51 ZONA FRANCA	Vega Rincon Milena	OPS			36	36	100%	65	2	72	62	

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		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-12	2019-12	531075903	9400614174	I	2020/01/10	2019/12/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$903,200

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)						$2,919,000	$467,100			$2,919,000	$364,900			$0	$0			$2,919,000	$71,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,919,000	$467,100			$2,919,000	$364,900			$0	$0			$2,919,000	$71,200		$0	$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$2,919,000	$467,100			$2,919,000	$364,900			$0	$0			$2,919,000	$71,200		$0	$0
1	CC	37840630	VEGA MILENA	25-14	30	$2,919,000	$467,100	EPS005	30	$2,919,000	$364,900		0	$0	$0	14-11	30	$2,919,000	$71,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$2,919,000	$467,100			$2,919,000	$364,900			$0	$0			$2,919,000	$71,200		$0	$0

2019/12/06 06:49 AM