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
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Magarita Rosa Madero Marimon												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E			NO.	32882266						
CORREO ELECTRONICO:	dra.margiemadero@hotmail.com					CELULAR:	3008184346						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							CAPS ZONA FRANCA						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA(CAPS ZONA FRANCA)F008					SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	E02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO BOGOTA				TIPO DE CUENTA		Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	075382986						PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5197-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4			
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/18	NÚMERO DE CRP	46717	FECHA	31/10/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOPEDIATRIA 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	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	valor hora $22 900									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							
OBSERVACIONES: ODONTOPEDIATRA LA ARL LA PAGA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE E S E										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.562.947
VALOR EJECUTADO	$8.312.700
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.129.700
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$250.247
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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8485429617	$851.880,00	$106.485	$136.301	$0	$0	**$242.786**

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

32882266
Magarita Rosa Madero Marimon
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Version: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Codigo: 04-02-F-0-0003

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA		**Sede:** FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	5197-2018	**Periodo certificado desde el**	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Magarita Rosa Madero Marimon		C. C.	32.882.266			DE	Barranquilla	

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 Odontopediatra 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
Atender consulta especializada y urgencias en Odontopediatria elaboración de historia clinica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de odontopedi solicitar examenes paraclinicos en caso necesario.	si	Si se atendio consulta especializada y urgencias en Odontopediatra elaboración de historia clinica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnostico patologias y se efectuó tratamientos en Odontopediatria	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 atendio y se ordeno analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados Se realizo la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz educacion en salud, restauraciones para su tratamiento	Historia clinica donde se evidencia la educacion 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 diligencio los sistemas de información en salud diariamente Se tomo 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 notificacion de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplio 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 realizo notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia y capacite en Manejo del comportamiento,reportea seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participo en el proceso de acreditacion en salud del hospital Ejecuto las actividades segun criterio de auto control	Conversatorio 13 de noviembre
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 de servicios	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 odontologia
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
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los	si	Atendi paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud publica del Hospital	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados	si	Responde por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	
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 segun 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:

TOTAL A PAGAR : $2.129.700

Margarita R Madero 32882266
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha ddmmaaaa Firma de recibido supervisor _____

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	382672522	8485429617	I	2018/11/19	2018/11/06	BANCO DE BOGOTA	0	$280,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$136,400	$0	$0	$136,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$136,400	$0	$0	$136,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,800	$0	$0	$20,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$20,800	$0	$0	$20,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,100	$0	$0	$17,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$17,100	$0	$0	$17,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$106,500	$0	$0	$106,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$106,500	$0	$0	$106,500
TOTAL				1	$280,800	$0	$0	$280,800

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 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	382672522	8485429617	I	2018/11/19	2018/11/06	BANCO DE BOGOTA	0	$280,800

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)						$851,880	$136,400			$851,880	$106,500			$851,880	$17,100			$851,880	$20,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$851,880	$136,400			$851,880	$106,500			$851,880	$17,100			$851,880	$20,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$851,880	$136,400			$851,880	$106,500			$851,880	$17,100			$851,880	$20,800		$0	$0
1	CC	32882266	MADERO MARGARITA	25-14	30	$851,880	$136,400	EPS005	30	$851,880	$106,500	CCF24	30	$851,880	$17,100	14-28	30	$851,880	$20,800	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$851,880	$136,400			$851,880	$106,500			$851,880	$17,100			$851,880	$20,800		$0	$0

2018/11/02 07:50 PM