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:	Magarita Rosa Madero Marimon											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	32882266						
CORREO ELECTRONICO:	dra.marguiemadero@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	%
	FO08E02	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:	3158-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4			
NÚMERO DE CDP	501	FECHA	10/04/19	NÚMERO DE CRP	21259	FECHA	30/04/19			
OBJETO DEL CONTRATO:										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2019		31	5	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	valor hora $23.628									
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:	$8.789.616
VALOR EJECUTADO	$8.576.964
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.404
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$212.652
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8491694898 -8492390445	$926.218,00	$115.800	$148.200	$3	$22.600	**$305.200**

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

C.C = 32882266
Magarita Rosa Madero Marimon
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3158-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.019		31	5	2.019
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 atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboración de historia clinica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò 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 evaluaciòn de actividades e impacto de la prestaciòn de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educación 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 diligenciò los sistemas de información en salud diariamente. Se tomò 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 notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió 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 realizó 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	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	
Realizar informes mensuales de gestiòn, 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	Atendí 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 pública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo 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 según 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 : 2197404

Margarita Madero

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Planilla Integrada

aportes en línea

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
2019-04	2019-04	445978845	8491694898	I	2019/05/16	2019/05/14	BANCO DE BOGOTA	0	$272,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo Id	No Id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)																																		
1	CC	32882266	MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No																											
Total	**Afiliados(1)**																																	

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
2019-04	2019-04	445978845	8491694898	I	2019/05/16	2019/05/14	BANCO DE BOGOTA	0	$272,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,200	$0	$0	$20,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,600	$0	$0	$16,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$16,600	$0	$0	$16,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				**1**	**$272,900**	**$0**	**$0**	**$272,900**

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO		PENSION												SALUD						
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	irl	Fecha Inicio irl	Fecha Fin irl	vip	Valor	Integral	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC	Tota
																			$132,500						$103,600		$1
																			$132,500						$103,600		$1
																			$132,500						$103,600		$1
						$828,116	No	COLPENSIONES	30	$828,116	16%	SIN RIESGO	$132,500	$0	$0	$0	$0	$0	$132,500		SANITAS	30	$828,116	12.5%	$103,600	$0	$1
																			$132,500						$103,600		$1

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
l	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
03,600						$16,600						$20,200				$0		$0		$0		$0	
03,600						$16,600						$20,200				$0		$0		$0		$0	
03,600						$16,600						$20,200				$0		$0		$0		$0	
03,600		COMPENSAR	30	$828,116	2%	$16,600	ARL SURA	30	$828,116	2.436%	3	$20,200	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
03,600						$16,600						$20,200				$0		$0		$0		$0	

aportes en línea

Planilla Integrada

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
2019-04	2019-04	446337884	8492390445	N	2019/05/16	2019/05/14	BANCO DE BOGOTA	0	$32,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO									NOVEDADES																									
No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)																																		
1	CC	32882266	MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No												A															
2	CC	32882266	MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No												C	X														
Total	**Afiliados(1)**																																	

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
2019-04	2019-04	446337884	8492390445	N	2019/05/16	2019/05/14	BANCO DE BOGOTA	0	$32,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$0	$0	$15,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$15,700	$0	$0	$15,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,400	$0	$0	$2,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$2,400	$0	$0	$2,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$2,000	$0	$0	$2,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$2,000	$0	$0	$2,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$0	$0	$12,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$12,200	$0	$0	$12,200
TOTAL				**1**	**$32,300**	**$0**	**$0**	**$32,300**

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO		PENSION													SALUD						
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	vip	Valor	Integral	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC	Tota
																			$15,700						$12,200		$
																			$15,700						$12,200		$
																			$15,700						$12,200		$
						$828,116	No	COLPENSIONES	30	($828,116)	16%	SIN RIESGO	($132,500)	$0	$0	$0	$0	$0	($132,500)		SANITAS	30	($828,116)	12.5%	($103,600)	$0	($10
						$828,116	No	COLPENSIONES	30	$926,218	16%	SIN RIESGO	$148,200	$0	$0	$0	$0	$0	$148,200		SANITAS	30	$926,218	12.5%	$115,800	$0	$1
																			$15,700						$12,200		$

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
l	EPS Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Dias	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
2,200						$2,000						$2,400				$0		$0		$0		$0	
12,200						$2,000						$2,400				$0		$0		$0		$0	
12,200						$2,000						$2,400				$0		$0		$0		$0	
3,600)		COMPENSAR	30	($828,116)	2%	($16,600)	ARL SURA	30	($828,116)	2.436%	3	($20,200)	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
15,800		COMPENSAR	30	$926,218	2%	$18,600	ARL SURA	30	$926,218	2.436%	3	$22,600	30	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
12,200						$2,000						$2,400				$0		$0		$0		$0	