| 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 | | | 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 165 | FECHA | 01/17/19 | NÚMERO DE CRP | 14797 | FECHA | 01/31/19 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 4 | 2019 | | 30 | 4 | 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: | $6.592.212 |
| VALOR EJECUTADO | $6.379.560 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.315.544 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $212.652 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 62% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8489850926 | $851.200,00 | $103.600 | $132.500 | $3 | $20.200 | **$256.300** |

**LILIANA CASTIBLANCO MOSOS**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CC=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 | 4 | 2.019 | | 30 | 4 | 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 elaboraciòn de historia clìnica y examen en odontopediatria de cada paciente integral.<br>Diagnosticar patologìas y efectuar tratameinto de odontopedi , solicitar examenes paraclìnicos en caso necesario, | si | Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboraciòn de historia clinica y examen de odontopediatria de cada paciente integral.<br>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.<br>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 evaluaciòn de actividades e impacto de la prestaciòn 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 informaciòn en salud diariamente.<br>Tomar radiografias periapicales. | si | Se diligenciò los sistemas de informaciòn en salud diariamente.<br>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.<br>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.<br>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 rotaciòn e inventario.<br>Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn 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.<br>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 : 2.3155.44**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: C.C. 32882266

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

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 |
| 2019-03 | 2019-03 | 431556283 | 8489850926 | I | 2019/04/15 | 2019/04/03 | BANCO DE BOGOTA | 0 | $272,900 |

**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)** | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $828,116 | $16,600 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $828,116 | $16,600 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $828,116 | $16,600 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 32882266 | MADERO MARGARITA | 25-14 | 30 | $828,116 | $132,500 | EPS005 | 30 | $828,116 | $103,600 | CCF24 | 30 | $828,116 | $16,600 | 14-11 | 30 | $828,116 | $20,200 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $828,116 | $132,500 | | | $828,116 | $103,600 | | | $828,116 | $16,600 | | | $828,116 | $20,200 | | $0 | $0 |



2019/04/02 07:50 PM

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 |
| 2019-03 | 2019-03 | 431556283 | 8489850926 | I | 2019/04/15 | 2019/04/03 | 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** |



2019/04/02 07:50 PM