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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.116.203						
CORREO ELECTRONICO:	luisafernandadiazmd@gmail.com				CELULAR:	3014656396						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAPS ZONA FRANCA FO08											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A11	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8300562223								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3156-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	664	FECHA	21/05/2019	NÚMERO DE CRP	25865	FECHA	31/05/19			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como MEDICO INTERNISTA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2019		30	6	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:						V/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:	$34.836.060
VALOR EJECUTADO	$32.234.804
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6.898.928
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$2.601.256
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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 **$2,070290**, 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
849335393	$ 3.221.800,00	$ 402725	$ 515488	$ 3	$ 78483	**$ 996696**

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luisa Fernanda Diaz E.
Especialista en Medicina Interna
Universidad Nacional
C.C. 52.116.203 - 730090/38

LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO
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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio: CAPS ZONA FRANCA							**Sede:** FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	3156-2019	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	6	2,019		30	6	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO	**C. C.**	52.116.203			**DE**	BOGOTA				

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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS DE MEDICINA INTERNA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___x_ NO ____ **Servicios:** SI _x__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la Consulta Externa deMEDICINA INTERNA 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 unidad prestadora de servicios de salud 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	Realice las actividades de patologias establecidos dentro del plan Integral del cuidado del paciente	Se atende consulta programada por medio de la consulta de MEDICINA INTERNA 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 médico.	SI	cumpli con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	se realizo diligenciamiento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y etico según Resolución 1995 de 1999
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 físico en consultorio 102 los los RIPS debidamente diligenciados
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	SI	Se aplica las guias que se encuentran en almera	Adherencia a guias del servicio
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 Auditorías 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.
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	SI	Brindo un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad. Oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia.	Trato humanizado a los pacientes y sus familias
Reportar en forma oportuna al líder del proceso ambulatorio intramural y Subgerencia de Servicios de Salud, los eventos adversos que se presentan en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras.	SI	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	No se realizo en este mes
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a 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.
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:

TOTAL A PAGAR : $ 6,898,928

LUISA FERNANDA DIAZ ESPEJO CC 52116203
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : 10/07/19 Firma de recibido
supervisor:_____

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

MES	ESPECIALIDAD	LASIFICACIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	CONSULTORIOS (CAPACIDAD INSTALADA)	CONSULTORIOS (UTILIZADOS EN EL MES)	NÚMERO DE HORAS DE INFRAESTRUCTURA	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
JUNIO	Medicina Interna	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Diaz Espejo Luisa Fernanda	OPS				88	87,7	-	88	238	3	263	226	95,1%	85,9%	2,6	2,6	104	122		226			37	
JUNIO	Medicina Interna	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Diaz Espejo Luisa Fernanda	OPS				12	12,0	-	12	65	6	72	64	98,8%	88,9%	5,3	5,3		64		64			8	

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 52116203		DIAZ ESPEJO LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 147 13-67 ap 137	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4975295	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-05	2019-05	455678843	8493335393	I	2019/06/05	2019/06/10	BANCO DAVIVIENDA		$1,017,500

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
1	CC	52116203	DIAZ ESPEJO LUISA FERNANDA	230301	30	$3,276,000	$524,200	EPS008	30	$3,276,000	$409,500		0	$0	$0	14-23	30	$3,276,000	$79,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,276,000	$524,200			$3,276,000	$409,500			$0	$0			$3,276,000	$79,900		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$524,200	$0	$526,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$524,200	$0	$526,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$79,900	$0	$80,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$79,900	$0	$80,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$409,500	$0	$411,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$409,500	$0	$411,100
TOTAL				1	$1,013,600	$0	$1,017,500

2019/06/09 08:05 PM