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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DUARTE VESGA LEIDY MARIA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53031880						
CORREO ELECTRONICO:	lduartev28@gmail.com				CELULAR:	3138829731						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Consulta externa				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11A03	40%	KE10C03	60%								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	476070011475								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3096 de 2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12 de 12					
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	DERMATOLOGO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2020		31	1	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$5.453.827									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$84.000.000
VALOR EJECUTADO	$71.121.697
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.453.827
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$12.878.303
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	85%

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
9401764547	2.800.000	$350.000	$448.000	3	$68.208	**$866.208**

Dado en Bogotá a los (1) días del mes de Enero del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Lady H. Moreno O.
Enfermera Jefe
C.C. 1.032.360.929
U. Antonio Nariño

LADY HICEL MORENO ORTEGON
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEIDY MARIA DUARTE VESGA
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Consulta Externa							**Sede: USS KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	3096- 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	1	2.020		31	1	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Leidy Maria Duarte Vesga		**C. C.**	53.031.880			**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 Dermatologo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
*Portar con el carnet de identificación en el cumplimiento de sus actividades.*Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.*Brindo servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.*Portar con los elementos basicos paa el desarrollo de sus actividades.*Presento al interventos de la orden de prestaion de servicios las original y copias de los recibos de pago de los aportes a sistemas de seguridad social,integral de acuerdo con lo establecido.*Realizar procedimientos programados en el area asignada.	100%	*Porte con el carnet de identificación en el cumplimiento de mis actividades.*Realize consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.*Brinde servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.*Porte con los elementos basicos para el desarrollo de mis actividades.*Presente al interventor de la orden de prestaion de servicios las original y copias de los recibos de pago de los aportes a sistemas de seguridad social,integral de acuerdo con lo establecido.*Realize procedimientos programados en el area asignada.	*La consulta se puede verificar la consulta y cirugia programada en dinamica gerencial.
*Diligencio con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de su competencia,los soportes aenxos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución.*Entrego los RIPS de la consulta programada debidamente diligenciados sin enmendaduras ni tachones,para su debido proceso.*contesto interconsultasque le fueren solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tintal.	100%	*Diligencie con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de mi competencia,los soportes anexos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución.*Entrege los RIPS de la consulta programada debidamente diligenciados sin enmendaduras ni tachones,para su debido proceso.*conteste interconsultasque le fueron solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tintal.	*En en aplicativo Sichok estan el formato de historias clinicas debidamente deligenciadas de las consultas realizadas.*Despues de terminada cada consulta se deja diligenciado el Rips que es entregado a personal de enfermeria
*Cumplir con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecucion del progrma de salud ocupacional.*Aplica normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia.	100%	*Cumpli con el reglamento de higiene y seguridad y con la ejecucion del progrma de salud ocupacional.*Aplique normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia.	*Listado de adherencias y cumplimiento al reglamento
*Velar por los bienes del hospital según el inventario del área,entregado para realizar la consulta agendada.	100%	*Velo por los bienes del hospital según el inventario del área,entregado para realizar la consulta agendada.	*Se verifica los inventarios en los consultorios y salas asignadas para la consulta y cirugia
Asitio a capacitaciones programadas en la Subred sur Occidente.	100%	Asisti a capacitaciones programadas en la Subred sur Occidente.	*Formato de capacitaciones que s encuentra en gestion humana
*Respeto los derechos del paciente y cumplir con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias.*Explicar los procedimientos a realizar al paciente o acompañante.*Tratar con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros.*Dio aviso	100%	*Respete los derechos del paciente y cumpli con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias.*Explique los procedimientos a realizar al paciente o acompañante.*Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros.*Di aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar	*Se brinda educacion sobre los cuidados y tratamiento de la patologia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$ 5.453.827 CINCO MILLONES CUATROSIENTOS OCHOSIENTOS VENTISIETE

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Lady Hoel Moreno O

Lady Hoel Moreno O.
Enfermera Jefe
C.C. 1023907929
U. Antonio Nariño

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 53031880		DUARTE VESGA LEIDY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 142 9 72 torre 8 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7576393	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	546786631	9401764547	I	2020/01/21	2020/01/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,036,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,020,000	$0	$0	$1,020,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,020,000	$0	$0	$1,020,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$146,200	$0	$0	$146,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$146,200	$0	$0	$146,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$120,000	$0	$0	$120,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$120,000	$0	$0	$120,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$750,000	$0	$0	$750,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$750,000	$0	$0	$750,000
TOTAL				1	$2,036,200	$0	$0	$2,036,200

Lady T.C. Enfermera C.C. 1013 U. Antonio Nariño

2020/01/10 06:38 PM

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 53031880		DUARTE VESGA LEIDY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 142 9 72 torre 8 apto 501	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7576393	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	546786631	9401764547	I	2020/01/21	2020/01/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$2,036,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$6,000,000	$120,000			$6,000,000	$146,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$6,000,000	$120,000			$6,000,000	$146,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$6,000,000	$120,000			$6,000,000	$146,200		$0	$0
1	CC 53031880	DUARTE LEIDY	230301	30	$6,000,000	$1,020,000	EPS008	30	$6,000,000	$750,000	CCF24	30	$6,000,000	$120,000	14-11	30	$6,000,000	$146,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$6,000,000	$1,020,000			$6,000,000	$750,000			$6,000,000	$120,000			$6,000,000	$146,200		$0	$0

2020/01/10 06:38 PM