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:	HORTENSIA MORENO CARDENAS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51750833							
CORREO ELECTRONICO:	hortensiamorenoc@yahoo.es				CELULAR:	3144291321							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	zona franca												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	consulta extena				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	F008A35	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	OO8480280513								PENSIOMADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5962-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	60509	FECHA	31/12/2020
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Nutrición dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional..**						

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	1	1	2021	HASTA	31	1	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3'192.318							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial							

OBSERVACIONES: Se realiza el cobro de 186 horas mes de Noviembre

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.748.769
VALOR EJECUTADO	$15.686.982
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3'192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$61.787
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	$ 99%

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 **$2.194.507** , 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
1034330194	$1.276.927,00	$159.700	$204.400	3	31.200	**$395.300**

Dado en Bogotá del mes de Enero del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARICEL MARTINEZ ARIZA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Hortensia Moreno Cardenas
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:	ZONA FRANCA					**Sede: USS fontibon**					
No. DE CONTRATO:	**5962-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	1	2.021		31	1	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**HORTENSIA MORENO CARDENAS**		**C. C.**	51750833			**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de nutricion, dentro de los diferentes procesosy procedimientos de la Subredintegrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. De acuerdo al requerimiento institucional

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
se realizaron los modulos correspondientes a seguridad del paciente dispuestos por la subred de servicios suroccidente E:S:E por la intranet	SI	Se realizaron los modulos correspondientes a la seguridad de paciente por la intranet	Realizacion de los modulos de seguridad del paciente. programados por la subredsuroccidente E:S:E de forma puntual y oportuna
Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente.	SI	Se realizo la atención oportuna y puntual a los pacientes de consulta externa programados en la agenda mensual.	registro de historia clinica diligenciada de manera oportuna
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	Se realizo valoracion nutricional a los pacientes que asistieron a consulta externa programada por medio de la toma de datos antropometricos, anamnesis alimentaria y se Se realizo el diagnóstico y en base a este se realizó el plan de tratamiento de cada paciente. Teniendo en cuenta las guias clinicas estandarizadas, en los pacientes de consulta externa y plan de tratamiento para mejorar la patologia por la que consulto	resgistro de diagnostico, plan de tratamiento e indicaciones dadas al paciente en la historia cliniar
Cumplir con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica de los pacientes	SI	Se cumplio con las exigencias legales y eticas para el adecuado manejo de la historia clinica	registro de diagnostico y plan de tratamiento oportuno en la historia clinica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	SI	Se dio a conocer a cada paciente y su familia el diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico del caso consultado socializando el plan casero especifico para la patologia.	registro de entrega del plan casero, plan de tratamiento y pronostico a familiares o paciente
Diligenciar en forma adecuada los formatos e instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Se diligenció de manera completa, legible y oportuna la historia clinica de acuerdo con la normatividad	registro de historia clinica completa y oportuna de acuerdo con la normativa
Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	SI	Se realizó el procedimiento a cada uno de los pacientes según los criterios establecidos para la atencion	registro en historia clinica procedimientos y pan de manejo
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	se realizo nforme mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y se entregan al supervisor del contrato para verificacion del cumplimiento	informe de actividades

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR	3'192.318 Tres millones ciento noventa y dos mil trecientos dieciocho pesos m/cte

NOMBRE COMPLETO,CEDULAFIRMADELCONTRATISTA
Hortensia Moreno Cardenas CC 51.750833 de Bogota

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-

DEBE A:
HORTENSIA MORENO CARDENAS
C.C 51750833 DE BOGOTÀ

La suma de $ 3' 192.318 tres millones ciento noventa y dos mil trecientos diez y ocho pesos m/cte., por concepto de: Prestación de Servicios como nutricionista en el Área de consulta programada en CAPS Zona Franca con un total de 186 horas, valor hora de $ 17.163 durante el periodo de 1 al 31 de enero del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **5962-2020**

HORTENSIA MORENO CARDENAS
C.C 51750833 DE BOGOTÀ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 008480280513

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-06, 09:41:55 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034330194

Periodo Cotización: diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8819283290

PAGADO 06/01/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HORTENSIA MORENO CARDENAS		
Documento	CC51750833	**Dirección**	CR 7 66 10
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144291321
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51750833	HORTENSIA MORENO CARDENAS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.276.927	$ 204.400	(EPS037) NUEVA EPS	$ 1.276.927	$ 159.700	2,436	$ 1.276.927	$ 31.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.276.927	$ 1.276.927	$ 1.276.927	$ 0	$ 204.400	$ 159.700	$ 31.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 395.300	$ 0	$ 395.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

SUB RED SUR OCCIDENTE

PROGRAMACION AGENDAS

CENTRO DE ATENCION:CAPS ZONA FRANCA

MES: ENERO

AÑO: 2021

PERFIL		NOMBRE COLABORADOR	CODIGO DEL PROFESIONAL	HORAS CONTRATADAS DIA	HORAS CONTRATADAS MES	HORAS AGENDA	HORAS OTRAS ACTIVIDADES	% DE HORAS EN OTRAS ACTIVIDADES	ESTANDAR DEL SERVICIO	No. CONSULTAS OFERTADAS MES	OBSERVACIONES
MEDICO NUTRICIONISTA	205	HORTENSIA MORENO CARDENAS	51.750.833		186	182,3	3,7	2,0%	3	546,9	AGENDA CADA 20 MIN

DIAS	V	S	D	L	M	MC	J	V	S	D	L	M	MC	J	V	S	D	L	M	MC	J	V	S	D	L	M	MC	J	V	S	D	
HORARIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
6 - 7																																
7 - 8				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1		
8 - 9				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1		
9 - 10				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1	1		
10 - 11				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	con			1	1	1	1	1	1		
11 - 12				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	0,3			1	1	1	1	1	1		
12 - 13																														1		
13 - 14				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			
14 - 15				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			ULC	1	1	1	1			
15 - 16				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1				1	1	1	1			BLOQUEO GESTANTES AGENDA MANUAL LOS MIERCOLES 6,13,20 Y 27 DE 7 A 12 Y DE 1 A 5 PM
16-17				1	1	1	1	1				1	1	1	1	1		1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			
17-18																																
18-19																																
TOTAL	0	0	0	9	9	9	9	9	0	0	0	9	9	9	9	9	0	9	9	9	9	7,3	0	0	7	9	9	9	9	6	0	182,3

Vo Bo
Liliana Gallego
Apoyo Coordinación