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:	MARIA SULY CUMACO POLOCHE											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1105057314						
CORREO ELECTRONICO:	sulycumaco@outlook.com				CELULAR:	3202022842						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS LAURELES				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA30E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468200057189								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	543			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 3			
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NÚMERO DE CRP	16356	FECHA	18/02/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE SALUD ORAL 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									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2021		31	3	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES: 8.670	1.612.620									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.080.620
VALOR EJECUTADO	$ 3.468.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.612.620
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.612.620
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	68%

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 $2.271.315 , 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
9416537449	908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	281.200

Dado en bogotà a los 31 dias del mes de marzo del año dos mil veinti uno (2021) lo anterior para que surta el pago pertinente, cordialmente

NORIDA RAFAELA SEGURA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maria Suly Cumaco P
MARIA SULY CUMACO POLOCHE
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:	PAPS LAURELES		Sede: PABLO VI BOSA							
No. DE CONTRATO:	543	Período certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	3	2,021		31	3	2,021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA SULY CUMACO POLOCHE		C. C.	1,105,057,314			DE	COYAIMA T.		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de salud Oral, 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI _ SI X__ NO ----

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Prestar la atencion odontologica para el primer nivel de atencion, acorde con los servicios,beneficios y proyectos del modelo de atencion en salud.	SI	Estar pendiente de los odontologos, en el momento de la consulta, para disponer y preparar oportunamente los materiales necesarios para la actividades propias del servicio.	orden de servicio odontologico
2.participar en el diseño ,ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud oral,que se establezcan por la institución o la localidad	SI	demanda inducida e infomación en general de los servicios ofrecidos en la localidad	demanda inducida
3.participar en la elaboracion y actualizacion del diagnostico de salud oral de la poblacion del area de influencia de la institucion	SI	participación en la UAT-ULC y reuniones	actas asistenciales
4.propiciar las relaciones de coordinacion necesarias para lograr una eficaz prestacion de los servicios de salud y realizar la supervision de las actividades del equipo humano de odontologia .	SI	tener una buena comunicación en el momento de prestar el servicio al usuario y a la comunidad	formatos deligenciados
5.Desarrollar o apoyar actividades de promoción en salud,prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural o programas o proyectos de la institución.	SI	realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención.	formatos de notificación
6.realizar las actividades pertinentes para alcanzar las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados . En el area asiganado.	SI	Realización de informes según actividades	Informes
7.promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	SI	cuidar los equipor e implementos dados para las actividades a realizar	Asistencial
8.Desarrollar y apoyar actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	Realizar notificaciones y motivar a la comunidad para el cuidado de su salud	formatos de notificación
9.elaborar las historias clinicas completas,(atencion primera vez , plan de tratamiento,procedimientos,urgencias,deteccion temprana y proteccion especifica), procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente.de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atencion y programaciones asistenciales.	SI	adherencia en la guias y protocolos en manejor del usuario y realizacion de odontogramas	diligenciamiento historias clinicas
10.Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	N/A	N/A	N/A
11.Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y /o de planes y/o proyectos formulados .en el area asignada.	si	protocolos de limpieza y desinfeccion	entre paciente y paciente
12. apoyar el desarrollo de estrategias participacion social, con los diferntes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efctividad de las intervenciones en la salud .	si	participacion en campañas	asistencial y extra mural
13.participar en la elaboracion y actualizacion del diagnostico en salud de la localidad y el are de influencia de la empresa social del estado.	si	participar en actividades que nos competan	Informes

14. evaluar con el equipo de salud.La eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	referencia y contra referencia	estrategia carrusell
15.realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiera .dentro de la estrategia	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
16. participar en las acciones en vigilancia epidemiologica para situaciones que sean factor de riesgo para la poblacion .	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
17.identificar necesidades y participar en estuduios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
18.participar en el analisis de la informacion de oferta y demanda del area de influencia que permite proponer alternativas de solucion .	SI	adherencia en la guias y protocolos en manejor del usuario	SI
19. aplicar lineaminetos .normas.guias y protocolos que garanticen la adecuada pretacion del servicio dando cumplimiento a los estandares institucionales .	SI	Realización dilegensamiento de formato verificacion de consultorio	diligenciamiento a diario de la carpeta
20.reportar oportunamente las anomalias que se presenten durante la prestacion del servicio.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
21. presentar informes periodicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales. A las instasncia pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programaciones establecidas por la institucion.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	SI	Hacer buen uso de la informacion del usuario durante el proceso de atención	Formatos
22.participacion en la actualizacion de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil	SI	realizacion de actividades asignadas	SI
23. participar activamente en las reuniones designadas por el supervisor .relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales según programacion .	si	Estar pendiente de las agendas de los odontologos	agendas completas
24.garantizar la custodia de la informa y la gestion documental de los soportes que se generen durante la ejecucion de las actividades.	si	carpetas	informes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 1´612,620) Un millon seis cientos doce mil seis cientos veinte pesos M/CTE

NOMBRE,COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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

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

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 1105057314		CUMACO POLOCHE MARIA SULY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 87J sur 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	1000000441	9416337449	I	2021/03/03	2021/03/08	BANCO BOGOTA	0	$299,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,200	$0	$0	$18,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$18,200	$0	$0	$18,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$299,400	$0	$0	$299,400

2021/03/08 11:12 AM

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 1105057314		CUMACO POLOCHE MARIA SULY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 87J sur 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	1000000441	9416537449	I	2021/03/03	2021/03/08	BANCO BOGOTA	0	$299,400

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)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 1105057314	CUMACO MARIA	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS037	30	$908,526	$113,600	CCF24	30	$908,526	$18,200	14-11	30	$908,526	$22,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$908,526	$18,200			$908,526	$22,200		$0	$0

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA SULY CUMACO POLOCHE

C.C 1105057314 COYAIMA TOLIMA

La suma de un millón seis cientos doce mil seis cientos veinte pesos M/CTE, $ 1´612,620 por concepto de: Servicios prestados como auxiliar de odontología, durante el periodo de 01 de Marzo al 31 de marzo de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 543-2021

MARIA SULY CUMACO POLOCHE

C.C. 1105057314 COYAIMA TOLIMA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 468200057189

Bogotá DC de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO X cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO X cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION
Salomé Gonzalez Cumaco	1146146382	hija.	Año y medio.	O	O

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO X
5. SI _____ NO X mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO X mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO X realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI _____ NO X o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO X

Atentamente

NOMBRE María Suly Cumaco P. FIRMA

C.C CC 1105057314.

UNIDAD USS. Laureles.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Versión: 8 | Actualización

4. Número de formulario: 14574075090

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 5 0 5 7 3 1 4	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1105057314	2 0 0 7 0 5 1 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Tolima 7 3	Coyaima 2 1 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUMACO	POLOCHE	MARIA	SULY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 81 F BIS 66 SUR 28 BRR BOSA SAN ANTONIO

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
sulycumaco@outlook.com		3 1 1 2 7 6 6 8 4 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 2	2 0 1 1 0 3 1 1	8 2 9 9	2 0 1 9 1 2 0 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 2019 - 12 - 05

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: REINO LOPEZ JOSLYNE ELENA

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 28-11-2020 08:16:09(COT)

Escaneado con CamScanner