

 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 TESORERÍA		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:				LUZ MILA QUEVEDO TAFUR									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		65739423				
CORREO ELECTRONICO:				luzquevedo41@yahoo.com				CELULAR:		3118597864			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				PAPS CARBONEL									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ODONTOLOGIA				SEDE:		Pablo VI			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		PA28E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				62485860458						No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2348-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12DE12	
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/20	NÚMERO DE CRP	59607	FECHA	31/12/20
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA	

OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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	1	2021		31	1	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES: 1365451	\$1.365.451							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%			NO APLICA			

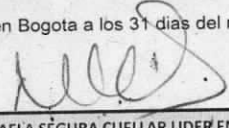
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

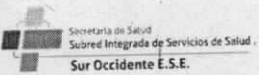
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$16.184.544
VALOR EJECUTADO	\$16.184.544
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.365.451
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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 \$2194507, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9414306977	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

dado en Bogotá a los 31 días del mes de enero de 2021. lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente  NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR LIDER ENCARGADA NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:		 LUZ MILA QUEVEDO TAFUR NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
--	--	---

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 2	
		Fecha de aprobación: 3/04/2017	
		Código: 04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio: PAPS carbonel	Sede: PABLO VI BOSA						
No. DE CONTRATO: 2348-2020	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	1	2021
Día	Mes	Año					
1	1	2021					
Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>31</td> <td>1</td> <td>2021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	31	1	2021
Día	Mes	Año					
31	1	2021					
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LUZ MILA QUEVEDO TAFUR	C. C. 65.739.423						

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 AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA 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
Disponer y preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las actividades propias del servicio.	SI	Disposición de equipos y materiales propios de la atención	Listado de dispositivos
Asistir al profesional de odontología e higiene oral en la realización de los procedimientos en salud oral.	SI	Prestación de atención en la consulta del usuario	Protocolo de limpieza y desinfección
Tomar, revelar radiografías y realizar reporte de diagnósticos críticos evidenciados en imagenología siguiendo el procedimiento.	N/A	N/A	N/A
Elaborar los pedidos de materiales de consumo y devolutivos, con el visto bueno del líder y/o coordinador de salud oral y mantener actualizado el formato de dispositivos médicos.	N/A	Entrega de pedidos en medio magnético	PAN
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de citas programadas.	SI	Verificación de agendas en el sistema	Agendas
Solicitar el mantenimiento correctivo de los equipos oportunamente al líder y/o coordinador del área.	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
Colaborar en actividades intra y extramurales para el desarrollo de los programas de salud oral.	SI	Participación en el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Promover en su área, centro de salud y territorio la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social.	SI	Demanda inducida e información en general de los servicios en el proceso de atención	Demanda inducida
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los formatos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Digitación de registros propios de la atención	registros
Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio (INAT, INAF, Seguridad del Usuario).	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios.	N/A	N/A	N/A
Aplicar las normas, guías y protocolos de bioseguridad y llevar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo establecido a nivel institucional y normas vigentes.	N/A	N/A	N/A
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	SI	Atención a los usuarios según agendas y metas establecidas	Agenda

Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	N/A	N/A	N/A
Desarrollar y apoyar la ejecución de 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 las notificaciones pertinentes y acuerdos en el proceso de atención	Formatos de notificación
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
Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acuerdos en el proceso de atención	Formatos de notificación
Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acuerdos en el proceso de atención	Formatos de notificación
Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	N/A	N/A	N/A
Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución.	SI	Realización de informes según actividades	Informes
Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Participar en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.	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 información del usuario durante el proceso de atención	Formatos
Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letraS) un millón trescientos sesenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y un pesos m/c (\$ 1365451)

<p><i>Juzmila Oviedo Teller</i> <i>65-239-423 TOL</i></p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i></p>
---	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 69739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRIAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7324247	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Pago	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Días Mora	Valor
2020-12	2020-12	82516497	941306977	1	1	2021/01/08	2021/01/04	0	\$271,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
*PORVENIR	210301	800,724,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SUPA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400	\$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800	\$109,800
TOTAL				1	\$271,700	\$0	\$0	\$0	\$271,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7524247	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago					
Pensión	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor		
2020-12	9414306977	I	2021/01/08	2021/01/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$271,700		

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES									
EMPLEADO				PENSION			SALUD		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Sucursal PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)									
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)									
1	CC 65739423	QUEVEDO LUZ	210301	30	\$877,803	\$140,500	EP2008	30	\$877,803
Total Afiliados(1)					\$877,803	\$140,500			\$877,803

RIESGOS									
CCF				SALUD			RIESGOS		
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC
Parafiscales									
Total Afiliados(1)									

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

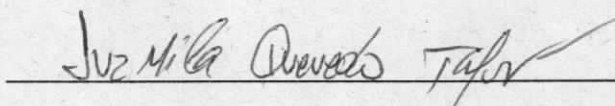
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR

C.C 65.739.423 DE IBAGUE (TOLIMA)

La suma de un millón trescientos sesenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y un pesos m/c (1.365.451), por concepto de: actividades en consultorio odontológico en atención de urgencias odontológicas durante el periodo de 01 DE ENERO DE 2020 al 31 DE ENERO DE 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2348-2020.



Nombre de contratista

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR DE IBAGUE (TOLIMA)

C.C 65.739.423

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62485860458