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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.016.002.018						
CORREO ELECTRONICO:	Mubaque@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	310-5671573						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS CENTRO DIA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Gestion clinica ambulatoria uss centro dia FO04E01				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO04E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380802665								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	404-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/21	NÚMERO DE CRP	29870	FECHA	31/05/21			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestón con AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.612.620									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$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:	$8.063.100
VALOR EJECUTADO	$8.063.100
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.612.620
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 $**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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4389285801	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO C
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1016002018
MARIA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital 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:	USS CENTRO DIA								SEDE: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	404-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	6	2.021		30	6	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA		C. C.	1016002018			De: Bogotá				

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 ODONTOLOGIA 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
Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio.	si	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio	Asistí al odontólogo en todas las actividades diarias para el buen cumplimiento de su atención.
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	si	No reuniones programadas	No se programan reuniones
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	si	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.	Contribuí en la recepción y dirección de los pacientes a su servicio.
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	si	Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clínica, dictada por el odontólogo.	Colaboré y asisti en forma adecuada al odontologo en la consulta programada además de diligenciar la historia clinica según indicaciones del odontologo
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	si	Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo	Llevé a cabo proceso de limpieza, desinfección y esterilizaciónde instrumenta y equipos además de la preparación de materiales y medicamentos requeridos por el odontologo para su atención. Elaboré formatos de indicador quimico, biológico termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo registro de toma de radiografias
Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista.	si	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Realicé alistameinto de consultorio para la adecuada atención del pacientes programados a consulta.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Manejé de forma adecuada y oportuna lospedidos de materiales y dispositivos medicos
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	cumplí a las normas, procedimientos, y manuales establecidos por la institución
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	si	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato	Ejecuté todas las actividades asignadas por mi supervisor acordes al objeto de mi contrato.
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio	si	Velé por inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro correspondiente.	Hice entrega y recibido diariamente de equipos del consultorio con respectivo registro.
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Porté adecuadamente mi uniforme y carnet institucional
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	si	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Cumplí todas mis actividades con adherencia a manuales de bioseguridad y esterilización.

Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.

Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol	si	Ejecute las actividades propias de mi cargo según criterios de	Llevé a cabo todas las actividades correspondientes a mi cargo
Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	si	Salvaguarde los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	Velé por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi desposición para el buen desarrollo de mis
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución	si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Acaté las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.
Participar en el proceso de acreditación en salud del Hospital.	si	Participe desde mi que hacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital	Desde mis actividades diarias tuve participación activa en el proceso de acreditración en salud de la institución.

total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras):(1.612.620) un millon seiscientos doce mil seiscientos veinte pesos

1016002018

Maria Alejandra Ubaque Mancera c.c 1016002018

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:MARIA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA C.C.1.016.002.018

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1016002018
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MARIA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 81 B 6 C N 10	TELÉFONO:	7483113
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4389285801	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/06/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995415137

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 145.400	$ 0	$ 145.400
SUBTOTALES:										**$ 145.400**	**$ 0**	**$ 145.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 0	$ 0	$ 113.600
SUBTOTALES:													**$ 113.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 113.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 22.200	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 22.200
SUBTOTALES:									**$ 22.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 22.200**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 18.200	$ 0	$ 18.200
SUBTOTALES:			**$ 18.200**	**$ 0**	**$ 18.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN						SALUD							ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1016002018	UBAQUE MANCERA MARIA ALEJANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 908.526			NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 145.400	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	$ 113.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 908.526	101600201	$ 22.200	30	$ 908.526	CCF24-COMPENSAR	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 299.400**

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA
C.C 1.016.002.018 DE BOGOTA

La suma deUn millón seiscientos doce mil seiscientos veinte pesos ($1.612.620), por concepto de: prestación de servicios como AuxHigine oral y/o Aux odontología con un total de 186 horas a $8.670hora durante el periodo de 01 al 30 de Junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.404-2021

1016002018

MARÍA ALEJANDRA UBAQUE MANCERA
C.C. 1016002018 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 7380802665

Firma:
C.C 1016002018