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:	Bernarda Davila Davila.											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	24130385						
CORREO ELECTRONICO:	bernardadavila@hotmail.com				CELULAR:	3143902729						
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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380689203								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	400-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO						
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/21	NÚMERO DE CRP	29866	FECHA	31/05/21			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios tecnicos y de apoyo a la gestion como higienista oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la subred integrada de servicios de salud sur occidente E.S.E.de acuerdo a las necesidades de la institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1.612.620	valor por hora : 8.670								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 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 $2.271315, 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
8350780778	$908.526,00	$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
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Bernarda Davila Davila.
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	

Ubicación del Servicio:	Uss Centro dia			**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	**400-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BERNARDA DAVILA DAVILA		**C. C.**	24.130.385		**DE**	Boyaca (susacon)		

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 Higienista Oral 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	Se Realizo todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio
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.	Se cumplio con el rendimiento por hora
Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural.	si	Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural.	no hubo reunion en este mes de Junio
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 clinica, dictada por el odontólogo.	se dio un trato humanizado a los usuarios
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	Presentación personal adecuada a lineamiento institucional.
Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad	si	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Diligenciamiento del siso y envio para consolidacion de informe mensual
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia
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
Remitir a los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando sea necesario	si	Remití a los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando fue necesario.	Se direcionaron los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando fue necesario
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	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.			
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y	si	Realice registro de las actividades desarrolladas en el formato de registro diario, insumo para la realización	Diligenciamiento del siso y envio para consolidacion de informe mensual
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 actividades laborales
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. Realicé reporte de sucesos de seguridad.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.612.620 Un Millón seiscientos docemil seicientos veinte pesos m/cte.

BERNARDA DAVILA DAVILA

C.C. 24130385

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA BERNARDA DAVILA DAVILA C.C.

24,130385.

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

Señor(es): BERNARDA DAVILA DAVILA
Nit: CC 24130385
Dirección: CRR 127 # 63 K 35
Teléfono: 3143902729 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	BERNARDA DAVILA DAVIL/
Tipo y número de identificación	24130385
Número de radicación planilla	8350780778
Fecha de pago	6/3/2021
Número de autorización de pago	23215533
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Mayo 2021
Periodo cotización pensión	Mayo 2021
Periodo cotización caja	Mayo 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$281.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$22.200	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

PAGADO 2021

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BERNARDA DAVILA DAVILA
C.C 24130385 DE SUSACON (Boyacá)

La suma de $1.612,620 Un Millón seiscientos doce mil ceiscientos veinte pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como auxiliar de higiene oral con un total de 186 horas a 8.670 hora durante el periodo de 01 al 30 de Junio de 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 400-2021.

Nombre de contratista
BERNARDA DAVILA DAVILA
C.C. 24130385DE SUSACON (Boyacá)
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 7380689203
BANCO DAVIVIENDA

FIRMA:
CC.: 24130385