Secretaria 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:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	65738423							
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:	566-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5DE5			
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/21	NÚMERO DE CRP	30013	FECHA	31/05/21			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion 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									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS :1.413.210	$1.413.210									
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.
Nota:se cobran 42 horas adicionales realizadas el mes de febrero

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.334.820
VALOR EJECUTADO	$7.334.820
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.413.210
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
9420088714	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

dado en Bogota a los 30 dias del mes de Junio 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

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	1/07/2020	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CONSULTA AMBULATORIA -ODONTOLOGIA			**Sede: USS CARBONELL**						
No. DE CONTRATO:	566-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR		**C. C.**	65.739.423		**DE**	IBAGUE		

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 SALUD ORAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del area	SI	Prestación de atención en la consulta del usuario	Asistencial
Apoyar a los pacientes en sus necesidades basicas	SI	Brindar atencion al usuario de acuerdo a sus necesidades.	Asistencial
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad. Oportuna e integralidad	SI	Diligenciar formatos e instrumentos de forma adecuada.	Asistencial
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	SI	Adherencia en la guias y protocolos de atencion en el servicio.	Asistencial
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de la garantia de la calidad según requerimientos de la subred	SI	Cumplimiento de las normas,requeridas en la subred.	Asistencial
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento	SI	Presentar mensualmente al lider ,informe de actividades	Asistencial
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	SI	Dar el uso adecuado a los elementos que tenga bajo mi cuidado.	Asistencial

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.413.210 UN MILLON CUATROCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS DIEZ ,PESOS MONEDA CORRIENTE.

Luz Mila Quevedo Tafur

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC 65.739.423

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.

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	1/07/2020	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CONSULTA AMBULATORIA -ODONTOLOGIA					**Sede: USS CARBONELL**					
No. DE CONTRATO:	566-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	6	2.021		30	6	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR		**C. C.**	65.739.423			**DE**	IBAGUE			

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 SALUD ORAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	participacion de UAT.ULC,y demas eventos a los que sea convocada.	Asistencial
Notificar las fallas y dar calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SI	Realizar las notificaciones pertinentes acorde en el proceso de atencion	Asistencial
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	SI	Solicitudes realizadas según la necesidad del servicio	Asistencial
Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	SI	Solicitudes realizadas según la necesidad del servicio	Asistencial
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	SI	realizacion de historia clinicas, según protocolos establecidos	Asistencial
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profesionales mensualmente	SI	entregar la documentacion respectiva para el pago de honorarios	Asistencial
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	SI	realizar actividades según contrato	Asistencial

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.413.210 UN MILLON CUATROCIENTOS TRECE MIL DOSCIENTOS DIEZ ,PESOS MONEDA CORRIENTE.

Luz Mila Quevedo Tafur

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC- 65.739.423

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.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania

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 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2021-05	2021-05	28867915	9420088714	I	2021/06/08	2021/06/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

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			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 65739423	QUEVEDO LUZ	230301	30	$908,526	$145,400	EPS008	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

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 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	28867915	9420088714	I	2021/06/08	2021/06/08	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

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
PORVENIR	230301	800,224,808	8	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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200