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:	CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	46358123							
CORREO ELECTRONICO:	cricobayona@gmail.com				CELULAR:	3002035000							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS OLARTE				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA31E01	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20265701798								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U CRDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	517-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 5	
NUMERO CDP	755	FECHA	25/05/2021	NUMERO DE CRP	29973	FECHA	31/05/2021
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicio Profesionales a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de a 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 MENSUALES:	$2.968.188							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0 %	NO APLICA					

Observaciones : Horas realizadas 186

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.840.940
VALOR EJECUTADO	$14.840.940
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.968.188
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
1731239974	$1.188.000,00	$148.500	$190.100	3	$30.000	**$368.600**

Dado en Bogota a los (30) dias del mes de junio del año Dos Mil Veintiuno (2021) Lo anterior para que surta el pago pertinente,

JEFE LUZ DARY CAMPOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA
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 OLARTE			**Sede: PABLO VI**						
No. DE CONTRATO:	517-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA		**C. C.**	46.358.123		**DE**	SOGAMOSO		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales 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 OCCIDNETE E.S.E de acuerdo al requerimiento Institucional

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ESPECIFICAS 1, Prestar la atencion odontologica definida para el primer nivel de atencion de acorde con los servicios, planes de beneficios y proyectos o lineas de interve	*SI APLICA*	cumplir aagenda programada	REFLEJADO EN LA AGENDA, DINAMICA , INFORME MENSUAL ,RESULTADO DE AUDITORIAS
2, Participar en el diseño, ejecucion o componentes de salud oral, que establezcan para la institucion, lalocalidad y area de influencia	**SI APLICA**	realizar fichas de sisveso y 228	ENTREGA DE FICHAS DE NOTIFICACION, HISTORIA CLINICA EN DINAMICA , ACTAS DE ASISTENCIA DE VISITAS TECNICAS
3, Participar en la elaboracion y actualizacion del daignostico de salud oral de la poblacion del area de influencia de la institucion	**SI APLICA**	Aherencia a las guias de manejo de la Institucion. Diligencias fichas , Realizacion Historia Clinica en Dinamica	ENTREGA DE INFORME MENSUAL, ENTREGA CONSENTIMIENTO INFORMADOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS Y PLANILLA DE CONTROL
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 APLICA**	breafing y defrafing,	PLANILLAS DE SANITIZACION RUTINARIA Y SEMANALREFLEJADO EN RESULTADOS DE AUDITORIAS Y SOCIALIZACION DE LAS MISMAS ,
5, Desarrollar o apoyar la realizacion de actividades temprana proteccion especifica y vigilancia publica a nivel intra y extramural del POS , PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institucion	**SI APLICA**	realizar fichas de sivigila y notificacion de los diferentes subsistemas	entrega de fichas sisveso, 228
6, Realizar las actividadres pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, de los planes proyectos formulados en el area asignada	**SI APLICA**	cumplir la agenda programada	auditorias según PAMEC, informe mensual
7,Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	**SI APLICA**	RECIBO Y ENTREGA DE CONSULTORIO	CARPETA DILIGENCIADA EN CONJUNTO CON GUARDA DE SEGURIDAD
8, Desarrollar y apoyar la ejecucion de actividades de promocion de la salud, prevencion de la efermedad y vigilancia publica a nivel intra y extra mural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evoluctivo de acuerdo con la normatividad vigente	**SI APLICA**	APLICAR PLANES DE BENEFICIOS PARA LOS DIFERENTES GRUPOS ETAREOS	HISTORIA CLINICA DINAMICA, AUDITORIAS
9, Elaborar las historias completas de acuerdo a la normatividad vigente de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dado cumplimiento a los tiempos de atencion y programaciones asistenciales	**SI APLICA**	APLICAR GUIAS DE MANEJO INSTITUCIONAL , MANUALES Y PROTOCOLOS	AUDITOIRA , HISTORIA CLINICA DINAMICA
10, Realizar el ejercicio de autocontrol , autoregulacion y autogestion en olas actividades desarrolladas , formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento que haya lugar	**SI APLICA**	revisar productividad diaria	informe diario de acitividades
11,Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o planes , proyectos formulados en el area asignada	**SI APLICA**	CUMPLIR AGENDA PROGRAMADA	INFORME MENSUAL DE PRODUCTIVIDAD
12, Apoyar el desarrollo de estrategias de participacion social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud	**SI APLICA**	REALIZAR DEMANDA INDUCIDA A LOS DIFRENTES SERVICIOS	VOLANTE DE DEMANDA INDUCIDA ENTREGADA A LOS USUARIOS

13, Participar en la elaboracion y actualizacion del diagnostico de salud de la localidad y el area de influencia de la Empresa Social del Estado	**SI APLICA**	REALIZAR LA HISTORIA CLINICAS SEGÚN GUIAS DE MANEJO	AUDITOIRA , HISTORIA CLINICA DINAMICA
14, Evaluar r junto con el equipo de salud , la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad	**SI APLICA**	ULC, UAT DE ODONTOLOGIA , VISISTAS TECNICAS	ACTAS DE ASISTENCIA
15, Realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiere dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente	**SI APLICA**	REMITIR A LOS DIFEREENTES SERVICIOS SEGÚN DIRECTORIO DELOS SERVICIOS OFERTADOS	AUDITORIAS
16,Participar en las acciones en vigilancia epidemiologia para situaciones que sean factor de riesgo para la problacion	**SI APLICA**	ASISTIR A ULC UAT Y VISITAS TECNICAS	ACTAS DE ASISTENCIA
17,Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de salud de la comunidad	**SI APLICA**	CONOCER AREA Y LOS DIFERENTES GRUPOS ETAREOS QUE CONFORMAN LA ZONA DE INFLUENCIA Y A PLICAR PLANES DE BENEFICIOS	HISTORIA CLINICA DINAMICA, AUDITORIAS
18,Participar en el analisis de la informacion de oferta y demanda de servicios de salud del area de influencia que permita proponer alternativas de solucion	**SI APLICA**	ASISTIR A LAS ULC, UAT , ENCUENTRO DISTRITAL DE SALUD ORAL	ACTAS DE ASISTENCA
19,Aplicar lineamientos normas guias, protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio dando cumpliento a los estandares institucionales	**SI APLICA**	APLICAR GUIAS PROTOCOLOS MANUALES ADHERENTES AL SERVICIO	AUDITOIRA , HISTORIA CLINICA DINAMICA
20,Reportar oportunamente las anomalias que se presenten durantes la prestacion del servicio	**SI APLICA**	REALIZAR LA OPORTUNA NOTIFICACION EN MESA DE AYUDA SOBRE CUALQUIER DAÑO Y EVENTUALIDAD , REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS	IMPRESIÓN DE TICKET RESPECTIVO , APLICATIVO EN ALMERA
21,Presentar informes periodicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales , a las instancias pertitientes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programacion establecidos por la institucion	**SI APLICA**	INFORME MENSUAL	ENTREGA A LA COORDINACION DEL SERVICIO, AL LIDER Y AUXILIAR DE ESTADISTICA
22. Participar en la actualizacion de los procesos y procedimiento inherentes a su perfil	**SI APLICA**	REALIZAR LOS CURSOS QUE POR PERFIL HAY QUE REALIZAR EN AULA VIRTUAL	CALIFICACIONES, CERTIFICADO DE REALIZACION
23, Participar activamente en las reuniones designadas por el supervisor , relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales según programacion	**SI APLICA**	ASISTIR A LAS ULC, ULG UAT DEL SERVICIO ,	ACTAS DE ASISTENCIA
24, Garantizar la custodia d e la informacion y gestion documental de los soportes que se generen durante la ejecucion de sus activiadaes	**SI APLICA**	DILIGENCIAMIENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADOS, FICHAS DE NOTIFICACION	ENTREGA A ESTADISTICA SOPORTE DE PLANILLA DE CONSENTIMIENTO Y LAS FICHAS DEBIDMENTE DILIGENCIADAS
27, Revisar y notificar al lider el estado de las agendas de los servicio programados	**SI APLICA**	REVISION DE APERTURA DE AGENDAS	VERIFICACION EN DINAMICA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2,968,188 Dos millones novecientos sesenta y ocho mil ciento ochenta y ocho pesos m/cte

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Jonathan Rios

Fecha : / /

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

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	46358123
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA RICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 113 51 53	TELÉFONO:	2131326
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	1731239974			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):	2021/05/28			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	160632

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	$ 196.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196.800	$ 0	$ 196.800
SUBTOTALES:										**$ 196.800**	**$ 0**	**$ 196.800**

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 153.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153.800	$ 0	$ 0	$ 153.800
SUBTOTALES:													**$ 153.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 153.800**

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	$ 30.000	$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 30.000
SUBTOTALES:									**$ 30.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 30.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																												PARAFISCALES							
																											PENSIÓN								SALUD						ARP																											
N°	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	ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 46358123	RICO BAYONA CLAUDIA ESTHER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 1.230.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.230.000	$ 196.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.230.000	$ 153.800	$ 0	$ 153.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.230.000	$ 46358123	$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 380.600**

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA

C.C 46358123 DE SOGAMOSO

La suma de dos millones novecientos sesenta y ocho mil ciento ochenta y ocho pesos m/cte. $ 2.968.188 por concepto de: Prestación de Servicios como Profesional de Odontología en la USS Olarte , durante el periodo de 1 al 30 de junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 517-2021

CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA

C.C.46358123 DE Sogamoso

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 20265701798

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	cuenta de cobro febrero.pdf	cuenta de cobro febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de cobro Rico marzo 2021.pdf	cuenta de cobro Rico marzo 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Papeles pago abril 2021Dr Rico.pdf	Papeles pago abril 2021Dr Rico.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta mayo 2021.pdf	cuenta mayo 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

SEGURIDAD DEL PACIENTE V2: Vista: Usuario

Usuario - CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
SEGURIDAD DEL PACIENTE V2						
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
Total del curso	-	**30.00**	**0–30**	**100.00 %**		-

RE INDUCCIÓN SUBRED 2021: Vista: Usuario

Usuario - CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
RE INDUCCIÓN SUBRED 2021						
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Ahora a probar cuanto aprendimos	10.00 %	10.00	0–10	100.00 %		10.00 %
Total del curso	-	**100.00**	**0–100**	**100.00 %**		-