Secretaría Distrital 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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY MARCELA JAIMES CACERES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,030,545,274							
CORREO ELECTRONICO:	marcelajaimesca@gmail.com				CELULAR:	3008376491							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**CAPS ZONA FRANCA (FO08)**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICAAMBULATORIA (CAPS				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590394990								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**5498-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3				
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/21	**NÚMERO DE CRP**	31065	**FECHA**	**31/05/21**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUDRED 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 HORA 8,670										
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:	$4.407.828
VALOR EJECUTADO	$4.407.828
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
9420474909	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá JUNIO del año dos mil veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DRA. LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jenny Marcela Jaimes
JENNY MARCELA JAIMES CACERES
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA					**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	**5498-2021**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	6	2.021		30	6	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY MARCELA JAIMES CACERES		**C. C.**	1.030.545.274			**DE**	BOGOTA			

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 AUX 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	Se cumplio con el servicios de atención a los usuarios.
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	SI	UAT 23/06/21, CONVERSATORIO 18/06/21, Y ULC 22/06/21	Conocimiento de la información del proceso,
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.	En cuanto a la orientación adecuada del usuario al acceso.
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.	se diligencio las historias clinicas sistematizadas.
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	Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registro la vida util de los dispositivos.
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	Atención a los pacientes con calidad.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	SI	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Insumos en.el servicio.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	SI	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Adherencia a las diferentes normas dadas 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.	NO	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	NO
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.	Planillas de alistamiento de consultorio.
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	SI	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Presentación personal adecuada a lineamiento institucional.
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	SI	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Adherencia al manual de esterilización.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,612,620 UN MILLON SEISCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS

JENNY MARCELA JAIMES CACERES

CC: 1030545274

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Jenny Marcela Jaimes

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.

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 1030545274		JAIMES CACERES JENNY MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 10 B # 81 F - 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7777777	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	06268884	9420474909	I	2021/06/18	2021/06/10	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	1030545274	JAIMES JENNY	230301	30 $908,526	$145,400	EPS002	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

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

DEBE A:

JENNY MARCELA JAIMES CACERES
C.C 1.030,545,274 DE BOGOTA

La suma de $1.612.620 Un Millón Seiscientos Doce Mil Seiscientos Veinte pesos m/cte, por concepto de:prestación de servicios como Auxiliar de Odontología, en el Caps Zona Franca, con un total de 186 horas, valor hora de $8,670 Ocho Mil Seiscientos Setenta pesos m/cte durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **5498-2021**

Jenny Marcela Jaimes

JENNY MARCELA JAIMES CACERES
C.C.1.030,545,274
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 007590394990

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **10/06/2021**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora JENNY MARCELA JAIMES CACERES** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030545274**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS FIJO DIARIO

Número	**0570007590394990**
Fecha de apertura	**22/10/2013**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA