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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	46.672.618							
CORREO ELECTRONICO:	sandrypat@hotmail.com>				CELULAR:	3134427906							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO08E03	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4902009576								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4031-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3			
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	8/01/2020	**NÚMERO DE CRP**	16280	**FECHA**	6/02/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ORTODONCISTA 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 Institución.								
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO	
		1	11	2020		30	11	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$343.000								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$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:	$5.600.000
VALOR EJECUTADO	$2.293.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$343.000
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$3.306.200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	41%

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 **$2.194.507** , 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
		$0	$0		FALSO	**$0**

Dado en Bogotá a diciembre el año (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Sandra Patricia Nuñez Aponte

SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE
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:	ORTODONCIA					**Sede: CAPS ZONA FRANCA FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	4031-2020	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	11	2.020		30	11	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE		**C. C.**		46.672.618		**DE**		DUITAMA	

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 Ordoncista 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
Atender consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral.Diagnosticar patologìas y efectuar tratameinto de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar examenes paraclìnicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen en ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuò tratamientos en Ortooncia y ortopedia maxilar ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y citas de control. Pacientes de primera vez 0 se realizo 0 montajes de brakets, 8 controles de ortodoncia y 5 reparaciones de bracket 0 retiro de aparatos. 0 aparato de ortopedia maxilar.
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes clinicos y radiograficos y estudio de resultados.	si	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes clinicos y radiograficos se realizo el estudio los resultados.	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del diagnostico y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de informaciòn en salud diariamente.	si	Se diligenciò los sistemas de información en salud diariamente.	Historias clinicas diligenciadas por completo
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Se reporta seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	asistencia a las reuniones programadas que coinciden con la agenda de ortodoncia
Realizar informes mensuales de gestiòn, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotaciòn e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo , desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por a Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y esponder por las glosas generadas por errores en los procedimientos stablecidos.	si	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de nfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud ública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de rabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo n cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion con el cual se atiende cada paciente en consulta.
Uso adecuado del bata y came según lineamiento institucional.	si	Correcto uso de los implementos de identificacion en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes .	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ 343000

Sandra Patricia Nuñez Aponte

Sandra P. Nuñez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE CC:46672618

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **46672618,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2019** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 29 de noviembre de 2020.

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 29 de noviembre de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE identificado(a) con cédula de ciudadanía 46672618 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/05/2020 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C466726182033468435

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 29/11/2020 7.00 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE identificado(a) con cedula ciudadania 46.672.618, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20170301	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Noviembre de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
14772904

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

CUENTAS; MES NOVIEMBRE DE 2020 DRA: SANDRA NUÑEZ
APONTE ORTODONCISTA

CONSECUTIVO	FACTURA (ULTIMOS 6 DIGITOS)	FECHA DE FACTURACION	FECHA DE ATENCIÓN	NOMBRE DEL PACIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CODIGO DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	NUMERO DE PROCEDIMIENTOS REALIZADOS	NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO REALIZADO	VALOR FACTURA COBRADA AL PACIENTE	VALOR LABORATORIO	VALOR A PAGAR AL PROFESIONAL DE ACUERDO A LO CONTRATADO (70%)	REVISION	
1	6099773	26/10/2020	26/10/2020	CHANTL VALENTINA GIRALDO	1127939243	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000		
2	6099799	26/10/2020	26/10/2020	CHANTL VALENTINA GIRALDO	1127939243	ORT008	3	REPARACION DE BRAKET	$ 45.000,00		$ 31.500		
3	6106721	19/11/2020	19/11/2020	NATALIA PRIETO	1014958679	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA PLAN 1B	$ 55.000,00		$ 38.500		
4	6105700	19/11/2020	19/11/2020	DANNA GUERRERO	1016092896	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 55.000,00		$ 38.500		
5	6106734	19/11/2020	19/11/2020	NATALIA PRIETO	1014958679	ORT008	1	REPARACION DE BRAKET	$ 15.000,00		$ 10.500		
6	6099770	26/10/2020	26/10/2020	ALBANI NICOLE GIRALDO	1127939242	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000		
7	6099797	26/10/2020	26/10/2020	ALBANI NICOLE GIRALDO	1127939242	ORT008	4	REPARACION DE BRAKET	$ 60.000,00		$ 42.000		
8	6099741	26/10/2020	26/10/2020	DARLYN SOFIA CAÑA	1030600141	ORT018	1	CONTROL DE APARATOLOGIA	$ 40.000,00		$ 28.000		
9	6106715	19/11/2020	19/11/2020	DARLY SOFIA CANO	1030600141	ORT018	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 40.000,00		$ 28.000		
10	6106686	19/11/2020	19/11/2020	VANESSA ROMERO	1019983329	ORT003	1	CONTROL DE ORTONDONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000		

TOTAL LABORATORIO		$ 0,00
TOTAL PROFESIONAL	$	343.000
TOTAL		
TOTAL CUENTA		$ 343.000,00

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE

C.C 46672618

La suma de $ 34.3000 por concepto de: Prestación de Servicios como ortodoncista en el área de consulta externa del CAPS zona franca durante el periodo del 1 al 30 de noviembre del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4031-2020

Sandra Patricia Nuñez Aponte

SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE

C.C 46672618

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 4902009576