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:	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	490-2009576								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		4				
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	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$966.000									
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	$3.259.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$966.000
VALOR A LIBERAR	
SALDO POR EJECUTAR	$2.340.200
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	58%

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
9413032808	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.557**

Dado en Bogotá a febrero el año (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-U2-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	1	2.021		31	1	2.021	
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 patologias y efectuar tratameinto de ortodoncia y ortopedia maxilar, solicitar examenes paraclinicos en caso necesario,	si	Si se atendió consulta especializada en Ortodoncia y ortopedia maxilar elaboración de historia clinica y examen de ortodoncia y ortopedia maxilar de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuó 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 4 se realizo 1 montajes de brakets, 13 controles de ortodoncia y 2 reparaciones de bracket 3 retiro de aparatos. 1 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 información en salud diariamente.	si	Se diligenció 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 gestión, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión 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 odontología
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 la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	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 enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital.	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo 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 en 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 carne 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: $ 966000

Sandra P. Nuñez — CC 46672618

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

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS

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%)
17/12/2020	17/12/2020	NATALIA PRIETO GAVIRIA	1014858679	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 55.000,00		$ 38.500
17/12/2020	17/12/2020	SARA NIKOL CARRILLO	1016015641	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 55.000,00		$ 38.500
17/12/2020	17/12/2020	DANNA GERALDINE GUERRERO	1016092896	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 55.000,00		$ 38.500
17/12/2020	17/12/2020	ALBANI NICOLE GIRALDO	1127939242	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000
17/12/2020	17/12/2020	VANESSA ROMERO	1019983329	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000
17/12/2020	17/12/2020	CHANTAL GIRALDO	1127939243	ORT008	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000
28/01/2021	28/01/2021	DARLYN SOFIA CAÑA	1030600141	ORT003	1	CONTROL DE APARATOLOGIA REMOVIBLE	$ 40.000,00		$ 28.000
28/01/2021	28/01/2021	ALEXANDER ARARAT	1026259701	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA PLAN 18	$ 55.000,00		$ 38.500
28/01/2021	28/01/2021	SAMUEL ESTEBAN DAVILA	1000354054	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 55.000,00		$ 38.500
28/01/2021	28/01/2021	VANESSA ROMERO	1019983329	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA PLAN 18	$ 60.000,00		$ 42.000
28/01/2021	28/01/2021	ALBANI NICOLE GIRALDO	1127939242	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA	$ 60.000,00		$ 42.000
28/01/2021	28/01/2021	CHANTAL GIRALDO	1127939243	ORT003	1	CONTROL DE ORTODONCIA PLAN 18	$ 60.000,00		$ 42.000
28/01/2021	28/01/2021	JULIAN TRIANA	1016004720	ORT003 - ORT008	2	CONTROL DE ORTODONCIA PLAN 18 . REPARACION	$ 75.000,00		$ 52.500
28/01/2021	28/01/2021	DANNA GERALDINE GUERRERO	1016092896	ORT014	1	RETENEDORES ARCO CONTINUO	$ 135.000,00	$ 35.000	$ 70.000
28/01/2021	28/01/2021	MARYORY AVILA	1000522120	ORT014	1	RETENEDORES ARCO CONTINUO	$ 135.000,00	$ 35.000	$ 70.000
28/01/2021	28/01/2021	LAURA VALENTINA HERNANDEZ	1000287214	ORT002	1	COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA	$ 180.000,00		$ 126.000
28/01/2021	28/01/2021	DANNA GERALDINE GUERRERO	1016092896	ORT014	1	RETENEDORES ARCO CONTINUO	$ 135.000,00	$ 35.000	$ 70.000

TOTAL		$ 861.000
TOTAL LABORATORIO		$ 105.000,00
TOTAL PROFESIONAL	$	966.000
TOTAL		
TOTAL CUENTA		$ 966.000,00

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE identificado(a) con CC 46672618 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

NUÑEZ APONTE SANDRA PATRICIA CC 46672618																						
Periodo		Clave		Planilla		Novedades																
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Tipo	Fecha Pago	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip
2020-12	2020-12	822584434	9413032808	I	2020-12-07																	

Riesgo	Administradora	Días	Tarifa	IBC	Cotización
AFP	COLPENSIONES	30	16%	$877,803	$140,500
ARL	ARL SURA	30	2.436%	$877,803	$21,400
CCF	COMPENSAR	30	2%	$877,803	$17,600
EPS	COMPENSAR	30	12.5%	$877,803	$109,800

Este certificado se expide el día 2021-02-25 a las 11:46.

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 $ 966.000 por concepto de: Prestación de Servicios como ortodoncista en el área de consulta externa del CAPS zona franca durante el periodo del 1 al 31 de enero del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4031-2020

SANDRA PATRICIA NUÑEZ APONTE

C.C 46672618

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 4902009576