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 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 24.042.257 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | asuarezm@subredsuroccidente.gov.c | | | | CELULAR: | 313-8220957 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | PAPS CENTRO DIA | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Proceso Gestión Clinica Ambulatoria-(PAPS Centro Día) FO04 | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | E-01 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0073 8062 8615 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1485-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 8 | |
| NÚMERO DE CDP | 1433 | FECHA | 30/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 37595 | FECHA | 31/08/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestón con AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución. | | | | | | |

| | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | 1 | 9 | 2018 | HASTA | 30 | 9 | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.416.018 | | | | | | | |
| 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: | $11.328.144 |
| VALOR EJECUTADO | $11.328.144 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.416.018 |
| 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 **$1.953,105**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

Dado en Bogotá del mes de **SEPTIEMBRE** del año Dos Mil Diesciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Scanned by CamScanner

| Secretaría Distrital 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 CENTRO DIA | | | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | **1485-2018** | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | **Sede: FONTIBON** |
| | | | 1 | 9 | 2.018 | | 30 | 9 | 2.018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ | | **C. C.** | | 24.042.257 | | **DE** | | SANTANA | |

**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 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 | Asistí al odontólogo en todas las actividades diarias para el buen cumplimiento de su atención. |
| 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. | Contribuí en la recepción y dirección de los pacientes a su servicio. |
| Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural. | si | Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural. ULC el 12/09/2018 Conversatorio el 14/09/2018 | Asistencia a reuniones programadas |
| 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 clinica, dictada por el odontólogo. | Colaboré y asisti en forma adecuada al odontologo en la consulta programada además de diligenciar la historia clinica según indicaciones del odontologo |
| 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, desinfección y estrilización 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 | Llevé a cabo proceso de limpieza, desinfección y esterilizaciónde instrumenta y equipos además de la preparación de materiales y medicamentos requeridos por el odontologo para su atención. Elaboré formatos de indicador químico, biológico |
| 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 | Realice alistamiento de consultorio para la adecuada atención del pacientes programados a consulta. |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | si | Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | Maneje de forma adecuada y oportuna lospedidos de materiales y dispositivos medicos |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | si | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | cumplí a las normas, procedimientos, y manuales establecidos 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. | si | Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato. | Ejecuté todas las actividades asignadas por mi supervisor acordes al objeto de mi contrato |
| 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. | Hice entrega y recibido diariamente de equipos del consultorio con respectivo registro. |
| Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional. | si | Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional. | Porte adecuadamente mi uniforme y carnet institucional. |
| Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización. | si | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion |

**Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol | si | Ejecute las actividades propias de mi cargo según criterios de autocontrol. | Llevé a cabo todas las actividades correspondientes a mi cargo |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | si | Salvaguarde los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | Vele por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi desposición para el buen desarrollo de mis actividades |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución | si | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Acaté las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución. |
| Participar en el proceso de acreditación en salud del Hospital. | si | Participe desde mi que hacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital | Desde mis actividades diarias tuve participación activa en el proceso de acreditración en salud de la institución. Realicé reporte de sucesos de seguridad |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1. 416.018 pesos M/Cte. Un millon cuatroscientos diesciseis mil diesciocho pesos. m/cte.**

MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ
C.C. 24.042.257

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ. C.C. 24.042.257

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Scanned by CamScanner

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS**
**PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **24,042,257**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 13 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

Scanned by CamScanner

Famisanar EPS

## CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ identificado(a) con CC 24042257 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

| | |
|---|---|
| **Fecha de Activación de Servicios:** | **22/08/2016** |
| **Estado de la Afiliación:** | **ACTIVO** |
| **IPS:** | **COLSUBSIDIO CENTRO MEDICO CIUDADELA** |
| **Categoría:** | **A** |

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 13 días del mes de septiembre del año 2018 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

**EPS FAMISANAR S.A.S.**

Scanned by CamScanner

ARL | sura

Medellín, 17 de septiembre de 2018

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

## CERTIFICA:

Que MARIA ALEYDA SUAREZ MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 24042257 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUB RED SUR OCCIDENTE 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%
**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%

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***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:C530981811826028654

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 17/09/2018 7:57 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP: 190.248.8.194, 172.16.42.236

Scanned by CamScanner