6037 — 12483

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	1
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	65739423						
CORREO ELECTRONICO:	luzquevedo41@yahoo.com				CELULAR:	3118597864						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					PAPS CARBONEL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	E128	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62485860458											No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1501			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 3				
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12-01-2018	NÚMERO DE CRP	9944	FECHA	31/01/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como HIGIENISTA ORAL dentro de los difefentes procesos y procedimientos de la SUBRED 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	2	2018		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.240.919									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

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:	$3.722.757
VALOR EJECUTADO	$1.240.919
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.240.919
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 **$1953105**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8475304567	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

6/12/01 20 02 18

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil diecisiete (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

DAISY MERCEDES BORRERO CAMPOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR
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	1
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código:	15-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PAPS CARBONELL					**Sede: PABLO VI BOSA**				
No. DE CONTRATO:	1501- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR		**C. C.**		65.739.423	**DE**	IBAGUE		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidad

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Disponer y preparar oportunamente los materiales, eq uipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las actividades propias del servicio.	SI	Disposición de equipos y materiales propios de la atención	Listado de dispositivos
Asistir al profesional de odontología e higiene oral en la realización de los procedimientos en salud oral.	SI	Prestación de atención en la consulta del usuario	Protocolo de limpieza y desinfección
Tomar, revelar radiografías y realizar reporte de diagnósticos críticos evidenciados en imagenología siguiendo el procedimiento.	N/A	N/A	N/A
Elaborar los pedidos de materiales de consumo y devolutivos, con el visto bueno del líder y/o coordinador de salud oral y mantener actualizado el formato de dispositivos médicos.	N/A	Entrega de pedidos en medio magnetico	PAN
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de citas programadas.	SI	Verificación de agendas en el sistema	Agendas
Solicitar el mantenimiento correctivo de los equipos oportunamente al líder y/o coordinador del área.	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
Colaborar en actividades intra y extramurales para el desarrollo de los programas de salud oral.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Promover en su área, centro del salud y territorio la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social.	SI	Demanda inducida e infomación en general de los servicios en el proceso de atención	Demanda inducida
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los formatos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Digitación de registros propios de la atención	registros
Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio (INAT, INAF, Seguridad del Usuario).	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios.	N/A	N/A	N/A
Aplicar las normas, guías y protocolos de bioseguridad y llevar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo establecido a nivel institucional y normas vigentes.	N/A	N/A	N/A
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	SI	Atención a los usuarios según agendas , y metas establecidas	Agenda

Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	N/A	N/A	N/A
Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	N/A	N/A	N/A
Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	N/A	N/A	N/A
Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución.	SI	Realización de informes según actividades	Informes
Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Participar en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	SI	Hacer buen uso de la informacion del usuario durante el proceso de atención	Formatos
Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.240.919 UN MILLON DOSCIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS DIEZ Y NUEVE PESOS

NOMBRE COMPLETO LUZ MILA QUEVEDO TAFUR 65779423 Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

en linea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	75304567	8475304567	I	2018/02/07	2018/02/05	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/02/05 11:04 PM

en linea

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 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	75304567	8475304567	I	2018/02/07	2018/02/05	BANCO AV VILLAS	0	$241,800

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)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	65739423	QUEVEDO LUZ	230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/02/05 11:04 PM