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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

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	%
	PA28/E01	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:				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6				
NÚMERO DE CDP	1109	FECHA	26-06-2018	NÚMERO DE CRP	29088	FECHA	30-06-2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA 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	7	2018		31	7	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:	$7.445.514
VALOR EJECUTADO	$7.445.514
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.240.919
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 **$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
8481004966	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de JulLIO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobació	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

bicación del Servicio:	PAPS CARBONELL						**Sede: PABLO VI BOSA**			
o. DE CONTRATO:	1501- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	2.018		31	7	2.018	
OMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR		**C. C.**		65.739.423		**DE**	IBAGUE		

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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
isponer y preparar oportunamente los materiales, eq ipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las ctividades propias del servicio.	**SI**	Disposición de equipos y materiales propios de la atención	Listado de dispositivos
sistir al profesional de odontología e higiene oral en la ealización de los procedimientos en salud oral.	**SI**	Prestación de atención en la consulta del usuario	Protocolo de limpieza y desinfección
omar, revelar radiografías y realizar reporte de diagnósticos riticos evidenciados en imagenología siguiendo el rocedimiento.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
laborar los pedidos de materiales de consumo y evolutivos, con el visto bueno del líder y/o coordinador de alud oral y mantener actualizado el formato de dispositivos iédicos.	**N/A**	Entrega de pedidos en medio magnetico	PAN
evisar y notificar al líder el estado de las agendas de citas rogramadas.	**SI**	Verificación de agendas en el sistema	Agendas
olicitar el mantenimiento correctivo de los equipos portunamente al líder y/o coordinador del área.	**SI**	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
olaborar en actividades intra y extramurales para el esarrollo de los programas de salud oral.	**SI**	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
romover en su área, centro del salud y territorio la articipación de la comunidad en actividades de salud e npulsar y motivar la conformación de grupos de articipación social.	**SI**	Demanda inducida e infomación en general de los servicios en el proceso de atención	Demanda inducida
iligenciar de manera clara, completa y oportuna, los rmatos que le sean encomendados para el ejercicio de su ctividad.	**SI**	Digitación de registros propios de la atención	registros
eportar oportunamente las anomalías en la prestación del ervicio (INAT, INAF, Seguridad del Usuario).	**SI**	Solicitudes realizadas por aplicativo	Aplicativo
tilizar de manera racional los recursos asignados a la restación de servicios.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
plicar las normas, guías y protocolos de bioseguridad y evar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo stablecido a nivel institucional y normas vigentes.	**N/A**	**N/A**	**N/A**
ealizar las actividades pertinentes para alcanzar el umplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o royectos formulados, en el área asignada.	**SI**	Atención a los usuarios según agendas , y metas establecidas	Agenda

romover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y esponder por los elementos dados a su responsabilidad.	N/A	N/A	N/A
esarrollar y apoyar la ejecución de actividades de romoción en salud, prevención de la enfermedad y gilancia en salud pública a nivel intra y extramural, ecesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de cuerdo con la normatividad vigente.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
ealizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y utogestión en las actividades desarrolladas, formular y jecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de ejoramiento a que haya lugar.	N/A	N/A	N/A
valuar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el npacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
articipar en las acciones en vigilancia epidemiológica para ituaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
lentificar necesidades y participar en estudios tendientes a olucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
articipar en el análisis de la información de oferta y emanda de servicios de salud del área de influencia que ermita proponer alternativas de solución.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
plicar lineamientos, normas, guías y protocolos que aranticen la adecuada prestación del servicio dando umplimiento a los estándares institucionales.	N/A	N/A	N/A
resentar informes periódicos y completos sobre el esarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias ertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y egún lineamientos y programación establecidos por la stitución.	SI	Realización de informes según actividades	Informes
articipar en la actualización de los procesos y rocedimientos inherentes a sus actividades.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
articipar en las reuniones designadas por el supervisor, elacionadas con las actividades u obligaciones ontractuales, según programación.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
arantizar la custodia de la información y la gestión ocumental de los soportes que se generen durante la jecución de sus actividades.	SI	Hacer buen uso de la informacion del usuario durante el proceso de atención	Formatos
as demás actividades que le sean asignadas y sean afines on la naturaleza del objeto del contrato.	N/A	N/A	N/A

BSERVACIONES:

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

Luz Mila Quevedo Tafur

NOMBRE COMPLETO LUZ MILA QUEVEDO TAFUR 65739423 Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

ota: 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 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
2018-07	2018-07	69361398	8481004966	I	2018/07/09	2018/07/05	BANCO DE OCCIDENTE	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



2018/07/05 02:28 PM

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 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
2018-07	2018-07	69361398	8481004966	I	2018/07/09	2018/07/05	BANCO DE OCCIDENTE	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	Dias	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

2018/07/05 02:28 PM