6037 - 14951

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:	YUISLEY PEÑA DIAZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018435203							
CORREO ELECTRONICO:	yuisley@gmail.com				CELULAR:	3105556488							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CENTRO DE ATENCION TRANSITORIA VIDA LIBRE/PAPS 10 ABASTOS												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU 45 E01	70	SU39 E01	30									
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	477900060385								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1494-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	9930	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA/HIGIENISTA ORAL 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 INSTITUCION.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	18		31	3	18			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018										
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$4.248.054
VALOR EJECUTADO	$2.832.036
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.416.018
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.416.018
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
26360510	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los días del mes de Marzo del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JUAN ALBERTO FAJARDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YUISLEY PEÑA DIAZ
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-PO-0003

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA									
			Sede:							
No. DE CONTRATO:	1494	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	3	2018		31	3	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YUISLEY PEÑA DIAZ		C. C.	1.018.435.203		DE	BOGOTA			

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 ODONTOLOGIA/HIGIENISTA 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
1. prestar apoyo al odontolo ein la atencion de pacientes,aislar el consultorio,materiales e instrumental	Programado	se presta el apoyo al odontologo y se realiza limpieza y desinfeccion de equipos,instrumental y areas del consultorio	ayuda al odontologo y consultorio limpio y desinfectado e instrumental esterilizado	
2. realizar educacion en higiene oral con enfasis en promocion y prevencion,acorde con la norma tecnica de la resolucion 0412/2000	Programado	educacion oral echarlas de promocion y prevencion	educacion correcta en salud oral	
3. realizar proceso de esterilizacion acorde a lo establecido en el hospital.	Programado	se realiza control de esterilizacion y desinfeccion	material en optima condicion deacuerdo a la actividad a realizar instrumental optimo para iniciar cualquier tipo de procdimiento	
4. brindar trato humano etico calido con el cliente interno y externo de la institucion.	PROGRAMADO	trato humano y etico con el cliente	respeto hacia el cliente interno y externo	
5. diligenciar informes de esterilizacion y seguimiento de control de insumos.	Programado	informes actualizados constantemente	carpeta de esterilizacion y control de insumos al dia	
6.cumplir con el manual de procesos y procedimientos,los protocolos,normas tecnicas,guias de manejo,propias del area implementadas en la institucion.	Programado	cumplio con los protocolos normas y procedimientos implementadas por la institucion	procesos optimos	
7.participar en reuniones que la subgerencia de servicios y /o el lider de sede le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	PROGRAMADO	participacion cuando sea programada	actualizacion	
8.cumplir con las actividades programadas s/o agendadas por la institucion	PROGRAMADO	cumplio debidamente	actividades cumplidas	
9.dar cumplimiento a la normatividad vigente,relacionada,con diligenciamiento de historias clinicas,registros ripa referencia y contrareferencia de pacientes ,informes y solicitud de pedidos.	PROGRAMADO	cumplimiento segun la normatividad vigente	registros debidamente diligenciados	
10.cumplir con los lineamientos para la prevencion del riesgo biologico empleando de forma obligatoria los elementos de proteccion personal.	PROGRAMADO	prevencion del riesgo biologico	utilizacion constante y permanente de elementos de proteccion personal.	
11.presentar deacuerdo alos cortes definidos por la natitucion informe mensual de gestion y aquellos solicitados por el supervisor del contrato	PROGRAMADO	informes actualizados constantemente	entrega de informes según lo solicitado por el supervisor.	
12.cumplir con el programa de gestion ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias.	PROGRAMADO	cumplimiento segun la normatividad vigente	se cumple debidamente	
13.realizar cuenta de cobro anexando mensualmente el el aporte de salud pension arl deacuerdo con la ley.	PROGRAMADO	cuenta de cobro realizada mensual mente	entrega de cuenta de cobro con el aporte de salud pension arl deacuerdo con la ley	
14.conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud.	PROGRAMADO	actualizacin constante	conocimiento u manejo del pos	
15. mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion,normas,guias,de atencion necesarias para el desempeño de su labor.	PROGRAMADO	actualizacion constante	actualizado según guias	
16.velar por el adecuado uso y custodia de los elementos y equipos suministrados por la institucion para el desarrollo del objeto de la orden.	PROGRAMADO	adecuado uso	equipos en optimas condiciones	
17.dar uso racional a los insumos y equipos que la institucion le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	PROGRAMADO	uso adecuado	elementos equipos e insumos en buen uso y racinado	
18.las demas actividades que sean a fines con la naturaleza del contrato.	PROGRAMADO	programado y ejecutado	programado y ejecutado	
19.obrar con lealdad y buena fe,evitando todo tipo de dilaciones o entrabamientos que pudieran entorpecer la gestion del hospital	PROGRAMADO	obra con lealdad y buena fe	obra con lealdad y buena fe	
20.presentar el area de financiera cuentas por pagar y al supervisor del contrato copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	PROGRAMADO	se presenta pago mensual de los aportes de salud y pension	aportes de salud y pension pagados al dia	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS DIEZ Y SEISMIL DIEZ Y OCHO PESOS

NOMBRE COMPLETO, FIRMA Y CEDULA DEL CONTRATISTA	FECHA DE ENTREGA	NOMBRE, FIRMA Y CEDULA DEL SUPERVISOR

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato por parte del supervisor

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018435203	YUISLEY PENA DIAZ	KR 86 D 57 B 79 SUR	3105556488	yuisley@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	20/03/2018	26360510	$245.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	18	1.400	0	99.100	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	125.000	0	0	0	0	18	1.800	0	126.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	18	300	19.400			191	19.400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	99.100
Pensión	1	125.000	126.800
Riesgos Laborales	1	19.100	19.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	245.300

26360510

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1018435203	YUISLEY PENA DIAZ		KR 86 D 57 B 79 SUR	3105556488	yuisley@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	20/03/2018	26360510	$245.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	INE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018435203	PENA DIAZ YUISLEY	59	0			N																	231001	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Nº	Productos	Si	No	Observaciones y Soporte
	Estandares Cliente Asistencial			
1	¿Aplica los Componentes de humanizacion incluidos en los procedimientos,en adherencia al programa de humanizacion institucional?	x		Saludo respetuoso ,gestos cordiales
2	¿Cuántas actividades de promocion y prevencion se realizaron en le punto de atencion?	x		a cada paciente se le realiza actividad de pyp
3	¿conoce cuantos y de que tipo de requerimientos (peticion ,quejas , reclamos , felicitaciones)ha tenido usted y el punto de atencionen el mes ?		x	No se han recibido a la fecha
4	¿conoce y utiliza el mecanismo de llamada del paciente ?	X		nombres y apellidos completos
5	¿ se ha presentado EA o incidente en su punto de atencion.si es afirmativo que acciones se tomaron?		X	No se han presentado a la fecha
6	¿ Se realiza seguimiento alos pacientes,cuantos se realizaron ?	X		Cuando no asiste y hay tiempo se llaman por telefono
7	¿ Se remirio a pacientes de progarma de prevencion y promocion cuantos ?	X		Se le hizo la importancia de la toma de citologia , crecimiento y desarrolloSe le hizo la importancia de la toma de citologia
9	¿ Acuantas actividades de capacitacion ha asistido en el mes	x		a las programadas por la subred (2)
10	¿ A cuales actividades de bienestar ha asistido en el mes		X	No he asistido a ninguna
11	¿ A respondido encuestas o evaluaciones realizadas por la institucion durante el mes en cuales		X	No he respondido
	ESTANDARES DE AMBIENTE FISICO			
12	¿ Cumple con el manejo seguro de desechos segregacion en la fuent	X		Clasificacion de Riesgo en las canecas respectivas
13	¿ Aplica la tecnica de lavado de manos e higienizacion ?	X		lavado de manos cada cinco pacientes y con alchol glicerinado con
14	¿ Conoce de la metodologia para manejo seguro de insumos,diligencia los formato de control de fechas de vencimiento ?	X		Se lleva el diligenciamiento de formatos semaforizacion de fechas de vencimientos de los insumos
15	¿ Cumple con la adeherencia al manual de bioseguridad,hace uso adecuado de los elementos de proteccion individual ?	X		Elementos de proteccion Gorro,tapabocas,visor bata y guantes
	ESTANDARES DE LA GESTION TECNOLOGICAS			
16	¿ conoce y se diligencian los Registros de mantenimiento y calibraci	x		se conocen y se dan a conocer al tecnico para diligenciar
	ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACION			
17	¿Verifica siempre que los datos ingresados al sistema de informacion esten actualizados y sean veraces ?	x		si cuando se entrega la factura se registra en la historio clinica
18	¿Realiza con calidad los registros clinicos y bitacoras utilizadas en el servicio ?	x		Se registra diariamente en las west con su factura correpondiente
19	¿Utiliza siempre los formatos establecidos por gestion documental para elaborar los respectivos registros ?	x		informe de registro mensual
20	¿ Cumplio sus metas e indicadores durante el mes ?	x		rendimiento .30

NOMBRE : **Yuisley peña Diaz** FECHA :Marzo 2018

CARGO : **AUXILIAR ODONTOLOGIA/HIGIENISTA** FIRMA :