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:	TANIA SIERRA HOYOS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52467392						
CORREO ELECTRONICO:	TANY760@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3124689641						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS ESTACION				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA29- E01	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20490088870								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2433 DE2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10-10**				
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29-10-2018	**NÚMERO DE CRP**	**45375**	**FECHA**	**31-10-2018**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	11	2018		30	11	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA	N/A								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1428764.16
VALOR EJECUTADO	$1428764.16
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 **$1953.105**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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8484894260	$781,24	$97.700	**$125.000**	5		**$222.700**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de noviembre del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinentemente
Cordialmente,

Alba Edith Lopez

ALBA EDITH LOPEZ LOREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Tania Sierra

TANIA SIERRA HOYOS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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 52467392		SIERRA HOYOS TANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 78 A No 73 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7779637	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	8484894260	8484894260	I	2018/11/23	2018/11/02	BANCO BOGOTA	0	$222,700

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			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	52467392	SIERRA TANIA	230201		30	$781,242	$125,000	EPS044	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0

PAGADO

2018/11/02 09:01 AM

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 52467392		SIERRA HOYOS TANIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 78 A No 73 50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7779637	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-10	2018-10	8484894260	8484894260	I	2018/11/23	2018/11/02	BANCO BOGOTA	0	$222,700

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$222,700	$0	$0	$222,700



2018/11/02 09:01 AM

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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS Estación		Pablo VI						
No. DE CONTRATO:	2433	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2018		30	10	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TANIA SIERRA HOYOS		C. C.	52.467.392			DE	Bogotá	

OBJETO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	si	Preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesaria para el desarrollo de las actividades en el consultorio odontológico	Evidencia del profesional e higienista oral
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	si	Se da información requerida por el usuario para su atención en salud oral	Se evidencia en el registro de las carpetas
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	si	Se ejecuta basado en las normas establecidas a nivel institucional	Carpetas de registro del usuario y profesional y sistemáticamente
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	si	Toma de radiografías periapicales ordenadas por el profesional	Evidencia del profesional Registro y firmas en formatos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	si	Se realiza todos los procedimientos requeridos para contribuir en su cumplimiento.	Evidencia con el profesional e higiene oral
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento	si	Se revisa las actividades cada mes como es requerido	Carpetas de registro del usuario y
Responder por los elementos entragados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contraro.	si	Se realiza inventario de los instrumentos conque se atiende al usuario. Se entrega en cada turno de auxiliares de salud oral y vigilancia.	Registro en carpetas
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	si	Se participa a las ULG, ULC y demás reuniones convocadas por la institución	Evidencia en registro de actas de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	si	Se reporta al lider del proyecto y por sistema	Registros y firma
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos	si	Se participa junto al profesional de salud oral	Evidencia con el profesional
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos instituciones	si	Se realiza según lo requerido	Evidencia del profesional y líder del proyecto
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	si	Se ejecuta el registro en carpetas y sistema según lo requerido	Evidencia por registro en las carpetas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensionesy riesgos profesionales mensualmente	si	Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social	Registro en los formatos establecidos por la institución

Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	**si**	**Mantener la bioseguridad y en órden el consultorio odontológico entre otros para la atención del usuario.**	**Registro y firmas**

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.416,018 (Un millon cuatrocientos diez y seis mil diez y ocho pesos.)

Tania Sierra

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Tania Sierra 52464392

Fecha : 30-11-2018 Firma de recibido supervisor: Alba Edith Lopez

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