Ser Occidente E.S.E.

CERTIFICACION 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:	XIMENA MARCELA GOMEZ QUINTERO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.747.494						
CORREO ELECTRONICO:	ximenagomezquintero@gmail.com				CELULAR:	312 574 11 12						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS PORVENIR				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA 34 - E 01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870369172					PENSIONADO	No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2439 de 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10635	FECHA	31/01/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRTIVA 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	4	2018		30	4	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1.416.018										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								
OBSERVACIONES:											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.248.054
VALOR EJECUTADO	$ 4.248.054
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
1011657024	781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	241.800

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

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

XIMENA MARCELA GOMEZ QUINTERO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

Version 2
Fecha de aprobacion 03/04/2017
Codigo 04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PAPS PORVENIR					SEDE: PABLO VI				
No. DE CONTRATO:	2439 DE 2018	**Periodo certificado desde el**	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	4	2.018		30	4	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	XIMENA MARCELA GOMEZ QUINTERO		CC		52.747.494	DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRTIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA 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 INSTITUCIONALcion.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Disponer y preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las actividades propias del servicio de odontologia e higiene oral en la realizacion de los procedimientos en salud oral	SI	Preparacion y alistamiento de equipos e insumos necesarios para la prestación del servicio	Sanetización , Esterilizacion. Proceso de atención
2) Tomar, revelar radiografias y realizar reportes de diagnostico, imagenologia , siguiendo el procedimiento	SI	Reportes de atención	Historia clinica
3) Elaborar los pedidos de materiales e consumo y devolutivos con el visto bueno el lider y /o coordinador del área	SI	Elaboración el pedido para el área	Pedido - correo
4) Revisar y notificar al lider el estado de las agendas de citas programadas	SI	Revision diana de las agendas	Agendas
5) Solicitar el apoyo oportunamente al lider o coordinador del área	SI	Apoyo a necesidades en el proceso de atencion	Correos- solicitues
6) Colaborar en activ.dades intra y extramurales para el desarrollo de los programas de salud y territorio, la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformacion de grupos de participación completa y oportuna, los formatos que le sean encomendaos para el ejercicio de su actividad	SI	Apoyo en las actividades solicitadas	Demanda inducida, historia clinica
7) Reportar oportunamente las anomalias (INAF, Seguridad del usuario)	SI	Reportes en los aplicativos	Aplicativos
8) Utilizar de manera racional los recursos asignados en la prestacion del servicio	SI	Uso de insumos de menra adecuada	Pedido - historia clinica
9) Aplicar las normas de sanetización de acuerdo a lo establecido a nivel institucional y normas vigentes	SI	Realización adecuado del procedimiento	reporte de sanetizacion
10) Realizar las actividades de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados en el area asignada	SI	Realización de actividades establecidas	Historia clinica- agendas
11) Promover el cuidado y custodia el patrimonio , elementos dados a su responsabilidad	SI	Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los mismos	Listas de chequeo e inventarios
12) Desarrollar y apoyar la ejecucion de actividades e promoción en salud y prevención de la enfermedad intra y extra mural necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	SI	Apoyo en actividades programadas	actas
13) Realizar el ejercicio de autogestión en las actividaes dsarrolladas, formular y ejecutar las acciones prevetivas y/o correctivas y/o planes de mejoramiento de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad	SI	Realizacion de acciones y planes e mejora	Palnes de mejora
14) Participar en las acciones en vigilancia epidemiologica, riesgo para la población	SI	Participacionen actividades programadas	actas
15) Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad, informacion de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer actividades de solución	SI	Participac-onen actividades programadas	actas
16) Aplicar lineamientos que garanticen la adecuada prestacion del servicio dando cumplimiento a los estandares institucionales	SI	Cumplimiento de estandares en todo el ciclo e atencion	ciclo de atencion
17) Presentar informes periodicos, obligaciones contractuales a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamaientos y programación participar en la actualizacion de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades	SI	Entrega de informe de actividades realizadas al supervsor	Informes
18) Participar en las reuniones designadas actividades u obligaciones contractuales según programacion	SI	Participacion en actividades	actas
19) Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de la ejecución de las actividades	SI	Manejo adecuado de la información	Archivo
20) Las demas actividades que sean afines con la natraleza del contrato	SI	Realizacion de actividades establecidas	actas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: UN MILLON CUATROSCIENTOS DIECISEIS MIL DIECIOCHO ($ 1.416.018).

X MENA MARCELA GOMEZ QUINTERO C.C.52747434
CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervsor
NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
30-04-2018

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

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-04-10, 09:43:12 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numero Planilla:** 1011657024

Periodo Cotización: abril de 2018 **Periodo Servicio:** abril de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8881930050

PAGADO 10/04/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	XIMENA MARCELA GOMEZ QUINTERO		
Documento	CC52747494	**Dirección**	CALLE 55 SUR N. 86 05
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3125741112
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	GOMEZ QUINTERO XIMENA MARCELA	**Identificación**	CC 52747494
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días PEN	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Minestrio	Total
CC 52747494	XIMENA MARCELA GOMEZ QUINTERO	59	00															30	30	30	230301 PORVENIR	$ 781.242	$ 125.000	EPS017 FAMISANAR EPS	$ 781.24	$ 97.700	2.436	$ 781.242	$ 19.100	MINCCEL MINGUNA CCF		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800

III.TOTALES

IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781.242	$ 781.242	$ 781.242	$ 0	$ 125.000	$ 97.700	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 0	$ 241.800

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogota 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del Pais: 018000 971 971 - ¡Mas que Facil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!