Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Version	2
Fecha de aprobacion	31/03/2017
Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA	SANDRA LORENA TORRES LEON											
TIPO DE DOCUMENTO	C C	X	C E		NO	52916999						
CORREO ELECTRONICO	slorenaleon@hotmail.com				CELULAR	3007048757						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	CAPS ZONA FRANCA (FO08)											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	GESTION CLINICAAMBULATORIA (CAPS				SEDE	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A40	100%										
ENTIDAD FINANCIERA	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	69928887367								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1487-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	9					
NÚMERO DE CDP	1731	FECHA	29/10/18	NÚMERO DE CRP	44613	FECHA	31/10/18			
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUDRED 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	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	1.416.018									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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	$14.160.180
VALOR EJECUTADO	$14.160.180
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 **minimo** 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8331263859	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá NOVIEMBRE del año DOS MIL DIESIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SANDRA LORENA TORRES LEON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04.02.FO.0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA				Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	1487-2018	**Periodo certificado desde el**	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	11	2 018		30	11	2 018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SANDRA LORENA TORRES LEON		C. C		52 916 999		DE		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como AUX DE ODONTOLOGIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir con el 100% de las actividades segun el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio	SI	Realice todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio	Se cumplio con el servicios de atencion a los usuarios
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	SI	Conversatorio 13 de Noviembre	Conocimiento de la información del proceso.
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	SI	Recepcione al paciente y lo direccione con el odontólogo para su atencion	En cuanto a la orientación adecuada del usuario al acceso
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	SI	Colabore y asisti adecuadamente al odontologo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clinica dictada por el odontólogo	se diligencio las historias clinicas sistematizadas
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atencion con calidad integral del paciente	SI	Realice los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, prepare los materiales y medicamentos necesarios para la atencion con calidad integral del paciente, diligencie formatos de indicador biologico indicador quimico, termohigrometria, registro diario de esterilizacion, registro diario de consentimiento informado, vida util de dispositivo	Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registro la vida util de los dispositivos
Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista	SI	Prepare el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontologo	Atención a los pacientes con calidad
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo	SI	Elabore y controle adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo	Insumos en el servicio
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SI	Cumpli con las normas procedimientos y manuales establecidos por la Institucion	Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	NO	Realice todas las demas actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato	NO
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio	SI	Vele por inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro correspondiente	Planillas de alistamiento de consultorio
Uso adecuado del uniforme segun lineamiento institucional	SI	Use adecuadamente el uniforme segun lineamiento institucional	Presentación personal adecuada a lineamiento institucional
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización	SI	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Adherencia al manual de esterilización

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $$ 1.416.018 UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL DIECIOCHO PESOS

SANDRA LORENA TORRES LEON
C.C. 52916999
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

52916999.

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

Señor(a): SANDRA LORENA TORRES LEON
No. Identificación: CC 52916999
Dirección: CLL 90 NO 95 F 25
Teléfono: 4748548 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331263859

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar miplanilla.com

Nombre	SANDRA LORENA TORRES LEON
Tipo y Número de Identificación	CC 52916999
Número Planilla	8331263859
Fecha de Pago	11/19/2018
Número de Autorización de Pago	31263859
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Período Cotización Salud	Octubre 2018
Período Cotización Pensión	Octubre 2018
Período Cotización Caja	Octubre 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total Interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
231001	Colfondos	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC CC
NO. DOCUMENTO 52916999
APELLIDOS Y NOMBRES TORRES LEON SANDRA LORENA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	231001	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC
NO. DOCUMENTO
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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