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:	SANDRA LORENA TORRES LEON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52916999							
CORREO ELECTRONICO:	torres@subredsuroccidente.gov.c				CELULAR:	3007048754							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	fontibon												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION AMBULATORIA INTRAMURAL CAPS ZONA FRANCA				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	E01	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			8			
NÚMERO DE CDP	1433	FECHA	30/08/18	NÚMERO DE CRP	37597	FECHA	31/08/18			
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	9	2018		30	9	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:	$11.328.144
VALOR EJECUTADO	$11.328.144
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	

Dado en Bogotá septiembre 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

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:	ODONTOLOGIA									
							Sede: PAPS 48			
No. DE CONTRATO:	1487-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	9	2.018		30	9	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, prestará 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 según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio.	SI	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio	Se cumplio con el servicios de atención a los usuarios.
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	SI	Conversatorio 14 de septiembre , 24 ulc	Conocimiento de la información del proceso, de calidad y el programa de seguridad del paciente
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	SI	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.	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	Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo 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 atención con calidad integral del paciente.	SI	Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador quimico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil 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	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Atención a los pacientes con calidad.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	SI	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Insumos en el servicio.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	SI	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	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	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	27 de junio 2018 uat y ulc
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio.	SI	Velé 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 según lineamiento institucional.	SI	Usé adecuadamente el uniforme según 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
CC. 52.916.999

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

compensar

LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR EPS
NIT 860.066.942-7

HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) SANDRA LORENA TORRES LEON identificado(a) con cedula ciudadania 52.916.999 , se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro	Semanas Cotizadas
20170518	No Registrada	88

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 13 días del mes de Septiembre de 2.018

Observaciones:

Con destino a:
SANDRA LORENA TORRES

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-AFI
10130324

Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 444 1234
www.compensar.com

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) SANDRA LORENA TORRES LEON identificado(a) con C.C No. 52.916.999, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 13 de septiembre del 2018.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado, comuníquese con nuestro Contact center al 7484888 en Bogotá 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín gratis desde el resto del país al 604 2888. , e-mail servicioclientе@colfondos.com.co.

Carolina Galvis C.

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

ARL | sura

Medellín, 13 de septiembre de 2018

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que SANDRA LORENA TORRES LEON identificado(a) con cédula de ciudadanía 52916999 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 13/04/2017 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436%

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C529169991825658149

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/09/2018 4.09 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA