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:	Bernarda Davila Davila.												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	24130385							
CORREO ELECTRONICO:	bernardadavila@hotmail.com				CELULAR:	3143902729							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Gesion Clinica Ambulatoria PAPS Centro Dia.F004.				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:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380689203										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1492-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	12					
NÚMERO DE CDP	1990 - 26	FECHA	2018/12/13 -10/01/2019	NÚMERO DE CRP	48920-8710	FECHA	2018/12/17-15/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios tecnicos y de apoyo a la gestion como higienista oral dentro de los diferentes procesos y pr									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	19		31	1	19		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	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:	$16.992.216
VALOR EJECUTADO	$16.992.216
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
8332473066	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil diescinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Bernarda Davila Davila.
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: fontibon			Sede: pas centro dia						
No. DE CONTRATO:	1492-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	19		31	1	19
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Bernarda Davila Davila		C. C.	24.130.385			DE	susacon(Boyaca)	

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 Higienista Oral 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% las actividades según el tiempo destinado para la atención de pacientes.	si	Se realizaron actividades en P y D para dar cumplimiento a lo programado según las horas contratadas	Se cumplio con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion de pacientes
Obtener un Rendimiento de 3,0 x Hora en consulta.	si	Se realizaron reposiciones de inasistencias para dar cumplimiento a las metas del servicio	Se cumplio con el rendimiento por hora
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos los Usuarios (Externos e Internos)	si	Presté mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	se dio un trato humanizado a los usuarios
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Presentación personal adecuada a lineamiento institucional.
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	si	Realice registro de las actividades desarrolladas en el formato de registro diario, insumo para la realización del informe de gestión mensual	Diligenciamiento del siso y envio para consolidacion de informe mensual
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	si	Diligencié de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia
Remitir a los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando sea necesario.	si	Remiti a los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando fue necesario.	Se direcionaron los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando fue necesario
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	si	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	se realizaron las actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1.416,018) un millon cuatrosientos diesiseis mil diessiocho pesos .

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA____BERNARDA DAVILA DAVILA-
_____24130385_____

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.

Señor(a): BERNARDA DAVILA DAVILA
No. Identificación: CC 24130385
Dirección: CRR 127 # 63 K 35
Teléfono: 3143902729 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8332473066

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	BERNARDA DAVILA DAVILA
Tipo y Número de Identificación	CC 24130385
Número Planilla	8332473066
Fecha de Pago	1/17/2019
Número de Autorización de Pago	68642598
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Diciembre 2018
Periodo Cotización Pensión	Diciembre 2018
Periodo Cotización Caja	Diciembre 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
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$125.000	1
EPS008	Compensar EPS	$97.700	1

TIPO DOC.:	CC
NO. DOCUMENTO:	24130385
APELLIDOS Y NOMBRES	DAVILA DAVILA BERNARDA

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	25-14	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 PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

PAGADO 68642598

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