	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	2	
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1024511290							
CORREO ELECTRONICO:	nanisstephanny780@gmail.com				CELULAR:	3193220788							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UMHE PATIO BONITO TINTAL												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (UMHE PATIO BONITO TINTAL)KE11				SEDE	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K02	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24046567327								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5134/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3				
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/18	NÚMERO DE CRP	43382	FECHA	30/09/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE SALUD ORAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUB RED 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	10	2018		31	10	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:	$4.328.220
VALOR EJECUTADO	$4.248.054
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.416.018
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$80.166
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
8483740750	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

LORENA MARGARITA BERRIO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGIE STEPHANNY MENDEZ P.
ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned with CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA									
							Sede: UMHE PATIO BONITO TINTAL			
No. DE CONTRATO:	5134-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	10	2.018		31	10	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA		C. C.	1.024.511.290			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	Capacitacion 3M, Capacitacion Dinamica.	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	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 clínica, 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 químico, 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.	NO
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

ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA

CC: 1024511290

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ANGIE STEPHANNY MENDEZ

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.

Scanned with CamScanner

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 1024511290		MENDEZ PEÑA ANGIE STEPHANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 # 7 ESTE 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5754784	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	94512355	8483740750	I	2018/10/22	2018/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0
1	CC	1024511290	MENDEZ ANGIE	230301	30	$781,242	$125,000	EPS044	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$781,242	$19,100		$0	$0

PAGADO

2018/09/10 10:24 AM

Scanned with CamScanner

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 1024511290		MENDEZ PEÑA ANGIE STEPHANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 # 7 ESTE 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5754784	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	94512355	8483740750	I	2018/10/22	2018/09/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$241,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)								
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
				1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
				1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$97,700	$0	$0	$97,700
				1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				1	$241,800	$0	$0	$241,800

PAGADO

2018/09/10 10:24 AM

Scanned with CamScanner