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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Jennifer Alexandra Amaya Quiñones										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	53030993					
CORREO ELECTRONICO:	walter01101@hotmail.com				CELULAR:	314-2127556					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (PAPS 48 SAN PABLO) FO05				SEDE:	Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	E-01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007369999813								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1488-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12			
NÚMERO DE CDP	1990-26	FECHA	2018/12/13-2019/01/10	NÚMERO DE CRP	48917-8707	FECHA	2018/12/17-2019/01/15		
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 SUBRED 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	1	2019		31	1	2019	
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:	$16.992.216
VALOR EJECUTADO	$16.992.216
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.347.501
VALOR A LIBERAR	$137.034
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
8487768839	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá del mes de enero del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Rosero Calcedo
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jennifer A Amaya Q.
Jennifer Alexandra Amaya Q
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	03/04/2018	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS 48 SAN PABLO					Sede: FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	1488-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.019		31	1	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNIFER ALEXANDRA AMAYA QUIÑONES		C. C.		53.030.993	DE	BOGOTÁ		

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 Auxiliar de Odontologia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado d Participar en el proceso de acreditación en salud del Hospital.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
cumpli con el 100% de las actividades según 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 odontologo e higienista del odontologo	cumpli con todas mis actividades
garantizar el trato humanizado hacia todos nuestros usuarios (Externos e internos)	si	preste mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros usuarios (externos e internos)	preste mis servicios con trato humanizado
asistir a las reuniones programadas del proceso de atencion intramural	si	No se realizaron reuniones.	se firma lista de asistencia
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	si	Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	se atendieron pacientes programados
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 asistio al odontologo en procedimiento
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	se realizo limpieza y desinfeccion de todos los equipos
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 e higienista	asisti al odontologo para facilitar la actividad con el usuario
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	se realizo pedido
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
Todas las demas 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.	realice actividad inherente a mi contrato
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	salvaguarde el inventario
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	porte adecuadamente mi uniforme
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	si	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	realice mis actividades
OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:			
Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.	si	Ejecute las actividades propias de mi cargo según criterios de autocontrol.	si realize todas mis activadades establecidas en mi contrato
Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	si	Salvaguarde los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	cuide los equipos bajo mi custodia
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución.	si	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si realize todas mis activadades establecidas en mi contrato
Participar en el proceso de acreditación en salud de de la subred sur occidente	si	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditacion en salud de la subred sur occidente	si cumpli con las actividades

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.347.501.00 UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS UN PESO M/C

Jennifer Alexandra Amaya Q.

JENNIFER ALEXANDRA AMAYA QUIÑONES C.C 53.030.993

Firma de recibido supervisor:

Dra Claudia Patricia Rosero

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53030993		AMAYA QUIÑONES JENNIFER ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLE24N101A 17 PISO4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	8487768839	8487768839	I	2019/01/23	2019/01/21	BANCO BOGOTA	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	53030993	AMAYA QUIÑONES JENNIFER ALEXANDRA	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	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

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**