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

Version	1
Fecha de aprobación	31/03/2017
Codigo	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA	AMALFI TAFUR ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO	C C	X	C E		NO	41723968						
CORREO ELECTRONICO	atafuro@subredsuroccidente.gov.co				CELULAR	3208688967						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PAPA 50 PURTA TEJA FO07											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA PAPS 50 PUERTA DE TEJA FO07				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	7380761234								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1486-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12			
NÚMERO DE CDP	1990 26	FECHA	2018/12/13 2019/01/10	NÚMERO DE CRP	48915 8705	FECHA	2018/12/17 2019/01/15			
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestion como Auxiliar de consultorio odontologico dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE de acuerdo alas necesidades de la institucion									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$1 058 207									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA %	$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	$12 698 484
VALOR EJECUTADO	$12 698 484
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1 058 207
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 mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8657067418	$738.000,00	$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.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Amalfi Tafur
AMALFI TAFUR ORTIZ
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:	PAPS 50 PUERTA DE TEJA FO07						**Sede:FONTIBON**			
No. DE CONTRATO:	1486-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	1	2 019		31	1	2 019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMALFI TAFUR ORTIZ		**C. C.**	41 723 968		**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 Auxiliar 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	Cumpli con el 100% de las actividades segun el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio	cumpli con el 100%en la ayuda que se le preste al odontologo y en el tiempo asignado al paciente
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	si	Para este periodo no fueron programadas reuniones	Para este periodo no fueron programadas reuniones
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	si	Presté mis servicios con Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	Se le dio la bienvenida y el mejor trato humanizado alos usuarios lo mismo que con los usuarios internos
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	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.
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	si afirmativo se asistio al odontologo diligenciando historias dictadas por el odontologo
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 atencion con calidad	confirmado se realizaron todos los procesos de esterilizacion preparando el consultorio para la atencion
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	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo
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 demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	si	Se realizaron las actividades que asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Se realizaron las actividades que asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del
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	se realizo inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización	si	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.058,207 Un millon cincuenta y ocho mil doscientos siete pesos M/cte.

Amalfi Tafur

Amalfi Tafur Ortiz C.C. 41 723 968

Fecha: (ddmmmaaaa Firma de recibido supervisor

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	AMALFI TAFUR ORTIZ
IDENTIFICACION:	CC-41723968
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-01-15
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-01-17
FECHA DE PAGO:	2018-12-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-12
PERIODO SALUD:	2018-12
NUMERO PLANILLA:	8657067418
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605029737
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGA
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 9
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 125.000	$ 12
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 19.100	$ 1
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 241.800	$ 24

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	17/01/2019