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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	24.042.257						
CORREO ELECTRONICO:	asuarezm@subredsuroccidente.gov.c				CELULAR:	313-8220957						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS CENTRO DIA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Proceso Gestión Clínica Ambulatoria-(PAPS Centro Día) FO04				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:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0073 8062 8615								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3262-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2					
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP		14889	FECHA	31/01/2019				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestón con AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	3	2019		30	3	2019				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.501.020											
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$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:	$4.503.060
VALOR EJECUTADO	$3.002.040
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.501.020
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.501.020
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$2070290,** 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
8489710540	$828116	$103.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ
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:	PAPS CENTRO DIA		**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	**3262-2019**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.019		30	3	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ		**C. C.**	24.042.257		**DE**	SANTANA		

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	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio	Asistí al odontólogo en todas las actividades diarias para el buen cumplimiento de su atención.
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.	Contribuí en la recepción y dirección de los pacientes a su servicio.
Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural.	si	Asisiti a las reuniones programadas por el proceso	Asistí a Conversatorio el 08/03/2019 y ULC 13/03/2019.
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.	Colaboré y asistí en forma adecuada al odontologo en la consulta programada además de diligenciar la historia clinica según indicaciones del 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, desinfección y estrilización 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	Llevé a cabo proceso de limpieza, desinfección y esterilizaciónde instrumenta y equipos además de la preparación de materiales y medicamentos requeridos por el odontologo para su atención. Elaboré formatos de indicador quimico, biológico
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	Realicé alistamiento de consultorio para la adecuada atención del pacientes programados a consulta.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Manejé de forma adecuada y oportuna los pedidos de materiales y dispositivos medicos
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	cumplí a 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	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	Ejecuté todas las actividades asignadas por mi supervisor acordes al objeto de 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 equipos diariamente registrando en el libro correspondiente.	Hice entrega y recibido diariamente de equipos del consultorio con respectivo registro.
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Porté adecuadamente mi uniforme y carnet institucional
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	si	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.			
Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol	si	Ejecute las actividades propias de mi cargo según criterios de autocontrol.	Llevé a cabo todas las actividades correspondientes a mi cargo
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.	Vele por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi desposición para el buen desarrollo de mis
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución	si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Acaté las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.
Participar en el proceso de acreditación en salud del Hospital.	si	Participe desde mi que hacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital	Desde mis actividades diarias tuve participación activa en el proceso de acreditración en salud de la institución. Realicé reporte de sucesos de seguridad.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1. 501. 020 Un Millón quinientos un mil veinte pesos m/cte.

MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ
C.C. 24.042.257

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ. C.C. 24.042.257

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 24042257		SUAREZ MARTINEZ MARIA ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 76A N 84 37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2111111	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	89710540	8489710540	I	2019/03/14	2019/03/11	BANCO AV VILLAS	0	$256,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$132,500	$0	$0	$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,200	$0	$0	$20,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$20,200	$0	$0	$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				**1**	**$256,300**	**$0**	**$0**	**$256,300**