

 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	 ALCALDEA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. 1988</small>
			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:				asuaresm@subredsuoccidente.gov.co				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	%
		E-01	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:		0073 8062 8615						PENSIONADO		No	

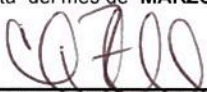
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3262-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2	
NÚMERO DE CDP		165		FECHA		17/01/2019		NÚMERO DE CRP		14889	
				FECHA		31/01/2019					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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	
						1		3		2019	
				HASTA		DIA		MES		AÑO	
						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 <u>mínimo</u> 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 Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

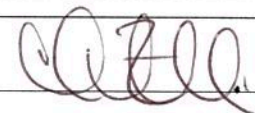


CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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:		PAPS CENTRO DIA		Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	3262-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	2019		30	3	2019
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 <u>X</u> NO <u> </u> Servicios: SI <u>X</u> NO <u> </u>									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS		
Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atención del odontólogo e higienista del consultorio.		si	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atención 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	Asistí 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 atención de la consulta programada. Diligencie historia clínica, dictada por el odontólogo.				Colaboré y asistí en forma adecuada al odontólogo en la consulta programada además de diligenciar la historia clínica según indicaciones del odontólogo		
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 esterilización de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencie formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometría, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo				Llevé a cabo proceso de limpieza, desinfección y esterilización de instrumental y equipos además de la preparación de materiales y medicamentos requeridos por el odontólogo para su atención. Elaboré formatos de indicador químico, biológico		
Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.		si	Preparé el ambiente del consultorio para la atención, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo				Realicé alistamiento de consultorio para la adecuada atención del paciente 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 médicos		
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 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.				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 esterilización				Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilización		
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.				Vere por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi disposición 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 acreditación en salud del Hospital				Desde mis actividades diarias tuve participación activa en el proceso de acreditación 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	Telefono	Exonerado SENA e
CC 7404257		SUAÑEZ MARTINEZ MARIA ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 76A N 84 37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	21111111	ICBF

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-02	2019-02	89710540	848710540	1	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		1	\$132,500	\$0	\$0	\$132,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$20,200	\$0	\$0	\$20,200
ARL SURA		14-11		1	\$20,200	\$0	\$0	\$20,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$103,600	\$0	\$0	\$103,600
FAMISANAR		EPS017		1	\$103,600	\$0	\$0	\$103,600
TOTAL				1	\$256,300	\$0	\$0	\$256,300