| 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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | IBETTE PAOLA RODRIGUEZ GONZALEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52762480 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | RODRIGUEZPAOLA99@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3173047471 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PAPS CABAÑAS | | | | SEDE: | Pablo VI | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | PA 27 - E 01 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 65063802381 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2437 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 DE 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL ÁREA DE SALUD ORAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED 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 | 12 | 2018 | | 31 | 12 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | 1.416.018 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $14.160.180 |
| VALOR EJECUTADO | $ 14.160.180 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $ 1.416.018 |
| 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 **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8656731204 | 781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | 241.800 |

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de DICIEMBRE del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

IBETTE PAOLA RODRIGUEZ GONZALEZ
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 CABAÑAS | | Sede: PABLO VI BOSA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2437 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 12 | 2,018 | | 31 | 12 | 2,018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | IBETTE PAOLA RODRIGUEZ GONZALEZ | | C. C. | 52.762.480 | | | DE | BOGOTÁ | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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 institución**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Disponer y preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las actividades propias del servicio. | SI | Disposición de equipos y materiales propios de la atención | Listado de dispositivos |
| Asistir al profesional de odontología e higiene oral en la realización de los procedimientos en salud oral. | SI | Prestación de atención en la consulta del usuario | Protocolo de limpieza y desinfección |
| Tomar, revelar radiografías y realizar reporte de diagnósticos críticos evidenciados en imagenología siguiendo el procedimiento. | SI | toma de Rx para un diagnostico efectivo en la consulta | ASISTENCIAL |
| Elaborar los pedidos de materiales de consumo y devolutivos, con el visto bueno del líder y/o coordinador de salud oral y mantener actualizado el formato de dispositivos médicos. | SI | Entrega de pedidos en medio magnetico | PAN |
| Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de citas programadas. | SI | Verificación de agendas en el sistema | Agendas |
| Solicitar el mantenimiento correctivo de los equipos oportunamente al líder y/o coordinador del área. | SI | Solicitudes realizadas por aplicativo | Aplicativo |
| Colaborar en actividades intra y extramurales para el desarrollo de los programas de salud oral. | SI | Participación el UAT - ULC y Reuniones | Actas de asistencia |
| Promover en su área, centro del salud y territorio la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social. | SI | Demanda inducida e infomación en general de los servicios en el proceso de atención | Demanda inducida |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los formatos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. | SI | Digitación de registros propios de la atención | registros |
| Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio (INAT, INAF, Seguridad del Usuario). | SI | Solicitudes realizadas por aplicativo | Aplicativo |
| Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios. | SI | velar por el cuidado de los recursos y materiales de la institucion | SI |
| Aplicar las normas, guías y protocolos de bioseguridad y llevar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo establecido a nivel institucional y normas vigentes. | N/A | N/A | N/A |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada. | SI | Atención a los usuarios según agendas , y metas establecidas | Agenda |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | SI | cuidar los equipor e implementos dados para las actividades a realizar | asistencial |
| Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente. | SI | Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención | Formatos de notificación |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar. | N/A | N/A | N/A |
| Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | SI | Participación el UAT - ULC y Reuniones | Actas de asistencia |
| Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. | SI | Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención | Formatos de notificación |
| Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | SI | Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención | Formatos de notificación |
| Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. | SI | Participación el UAT - ULC y Reuniones | Actas de asistencia |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales. | SI | adherencia en la guias y protocolos en manejor del usuario | SI |
| Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución. | SI | Realización de informes según actividades | Informes |
| Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades. | SI | Participación el UAT - ULC y Reuniones | Actas de asistencia |
| Participar en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación. | SI | Participación el UAT - ULC y Reuniones | Actas de asistencia |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. | SI | Hacer buen uso de la informacion del usuario durante el proceso de atención | Formatos |
| Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato. | SI | realizacion de actividades asignadas | SI |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 1.416.018) UN MILLON CUATROCIENTOS DIECISEIS MIL CON DIECIOCHO PESOS M/C**

IBETH PAOLA RODRIGUEZ G
CC. 52762480

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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.

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | IBETTE PAOLA RODRIGUEZ GONZALEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-52762480 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-12-14 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-12-19 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-12-12 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE BOGOTA |
| PERIODO PENSION: | 2018-11 |
| PERIODO SALUD: | 2018-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 8656731204 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8602947670 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS044 | 901097473 | MEDIMAS EPS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 97.700 |
| 25-14 | 900336004 | COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 125.000 |
| 14-28 | 800256161 | ARL SURA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 19.100 | $ 19.100 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 | $ 241.800 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 19/01/2018 |