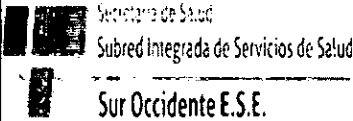
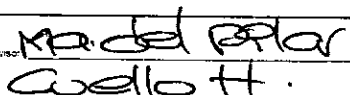


CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 2
Fecha de aprobación 31/03/2017
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JENNIFFER ROMERO VILLARREAL									
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		1.018.404.942			
CORREO ELECTRONICO:			je.lu.s1018@gmail.com				CELULAR:		3123455996			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						PAPS 60 VISION COLOMBIA						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ASISTENCIAL				SEDE:		SUR			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU51	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:			DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			00 7590395021						PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			2392 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1-3		
NÚMERO DE CDP			FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como auxiliar de Odontologia/Higienista									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
					1	2	2018		28	2	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.416.018								
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%								
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:								\$4.248.054				
VALOR EJECUTADO								\$1.416.018				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.416.018				
VALOR A LIBERAR								\$0				
SALDO POR EJECUTAR								\$2.832.036				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								33%				
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:												
Se verifica el cumplimiento del <u>minimo</u> 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 minimo legal vigente.												
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES						
8325568044	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685						
Dado en Bogotá a los () días del mes de FEBRERO del año Dos Mil DIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.												
 MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA ODONTOLOGA LIDER DE SEDE						 JENNIFFER ROMERO VILLARREAL AUXILIAR E HIGIENISTA						
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA						

 <div style="text-align: center;"> INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS </div>		<div style="text-align: right;"> Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003 </div> <div style="text-align: center;">  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. </div>													
Ubicación del Servicio: ODONTOLOGIA		Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA													
No. DE CONTRATO: 2392 - 2018	Periodo certificado desde el	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	2	2018	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>28</td> <td>2</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	28	2	2018
Día	Mes	Año													
1	2	2018													
Día	Mes	Año													
28	2	2018													
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		C. C. 1018404942	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 ODONTOLOGIA/HIGIENISTA ORAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente															
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI <u>X</u> NO ____															
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS												
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA.		ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATENCION AL PACIENTE .	SATISFACCION DEL PACIENTE EN LA ATENCION												
2° APOYAR A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES BASICAS		SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	SATISFACER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN LA ATENCION												
3° DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGABILIDAD . OPORTUNIDAD E INTEGRIDAD		DILIGENCIAMIENTOS DE LOS FORMATOS	DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS												
4° REALIZAR A CADA PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL PROFESIONAL TRATANTE SEGÚN COMPETENCIA		REALIZAR PROMOCION Y PREVENCIÓN DE SALUD ORAL	REALIZAR LA PROMOCION Y PREVENCIÓN EN CADA PACIENTE												
5° APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.		CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE	SEGURIDAD PARA CADA PACIENTE												
6° ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.		INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFORME SOBRE 3.0												
7° RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.		CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS	CARPETAS DE MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS AL DIA												
8° PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO		ASISTIR A REUNIONES DEL MES DE FEBRERO	ASISTIR A REUNIONES DEL MES DE FEBRERO												
9° NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.		SE ESTA NOTIFICANDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y POR LA MESA DE AYUDA POR LA PLATAFORMA DE LA SUBRED	ESTE MES NO SE NOTIFICO												
10° CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED. ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.		SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS												
11° APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES		SE APOYA A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCIÓN EN SALUD ORAL	SE REALIZA PROMOCION Y PREVENCIÓN (HIGIENE ORAL)												
12° REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED		SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA	INFORME MENSUAL												
13° ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE		SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO . CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES	CERTIFICACION DE PAGO COMPLETA												
14° REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO		SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO												
OBSERVACIONES:															
TOTAL A PAGAR \$1.416.018 UN MILLÓN CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL DIECIOCHO PESOS MTCE															
 <small>Nombre completo, cedula y firma del contratista</small> JENNIFFER ROMERO VILLARREAL CC 1018404942		Fecha 2/2018 Firma de recibido supervisor 													
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor															

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
No. Identificación: CC1018404942
Dirección: CLL 84 B SUR 8 D 18
Telefono: 7687548
Correo: je.lu.s1018@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8325568044

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

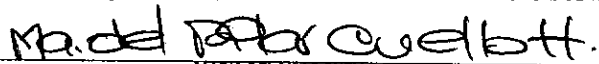
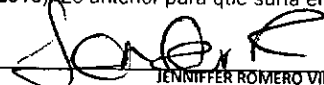
Nombre Aportante	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
Tipo y número de identificación	CC1018404942
Número de planilla	8325568044
Fecha pago	2018-02-13
Número de autorización pago	73855854
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	258600
Total Intereses de Mora	1100

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19200	1
230301	Porvenir	125500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	15800	1
EPS023	Cruz Blanca EPS	98100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018404942
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS023	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JENNIFFER ROMERO VILLARREAL									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E		NO.		1.018.404.942			
CORREO ELECTRONICO:				je.lu.s1018@gmail.com				CELULAR:		3123455996			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PAPS 60 VISION COLOMBIA					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ASISTENCIAL				SEDE:		SUR			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		SU51	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				00 7590395021						PENSIONADO		No	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2392 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2-3	
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA							
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de Odontología/Higienista									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	3	2018			31	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.416.018									
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%									
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:								\$4.248.054					
VALOR EJECUTADO								\$2.832.036					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.416.018					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$1.416.018					
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 \$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							
8325826244	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685							
Dado en Bogotá a los () días del mes de MARZO del año Dos Mil DICIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.													
 MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA ODONTOLOGA LIDER DE SEDE								 JENNIFFER ROMERO VILLARREAL AUXILIAR E HIGIENISTA					
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								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:	ODONTOLOGIA	Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA
No. DE CONTRATO:	2392 - 2018	Periodo certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	C. C. 1018404942

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 ODONTOLOGIA/HIGIENISTA ORAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA.		ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATENCION AL PACIENTE	SATISFACCION DEL PACIENTE EN LA ATENCION
2° APOYAR A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES BASICAS		SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	SATISFACER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN LA ATENCION
3° DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD OPORTUNIDAD E INTEGRIDAD		DILIGENCIAMIENTOS DE LOS FORMATOS	DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS
4° REALIZAR A CADA PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL PROFESIONAL TRATANTE SEGUN COMPETENCIA		REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL	REALIZAR LA PROMOCION Y PREVENCION EN CADA PACIENTE
5° APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED		CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE	SEGURIDAD PARA CADA PACIENTE
6° ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO		INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFORME SOBRE 3.0
7° RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACION DEL CONTRATO		CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS	CARPETAS DE MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS AL DIA
8° PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO		ASISTIR A REUNIONES DEL MES DE MARZO	ASISTIR A REUNIONES DEL MES DE MARZO
9° NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO		SE ESTA NOTIFICANDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y POR LA MESA DE AYUDA POR LA PLATAFORMA DE LA SUBRED	ESTE MES NO SE NOTIFICO
10° CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS		SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS
11° APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES		SE APOYA A LA SUBRED EN LA ACTIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL	SE REALIZA PROMOCION Y PREVENCION (HIGIENE ORAL)
12° REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACION DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA SUBRED		SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA	INFORME MENSUAL
13° ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACION Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE		SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO, CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES	CERTIFICACION DE PAGO COMPLETA
14° REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO		SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR \$1.416.018 UN MILLÓN CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL DIECIOCHO PESOS MTCE

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
No. Identificación: CC1018404942
Dirección: CLL 84 B SUR 8 D 18
Telefono: 7687548
Correo: je.lu.s1018@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8325826244

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

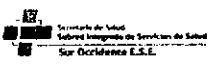
Nombre Aportante	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
Tipo y número de identificación	CC1018404942
Número de planilla	8325826244
Fecha pago	2018-03-09
Número de autorización pago	1000000828
Banco	1001

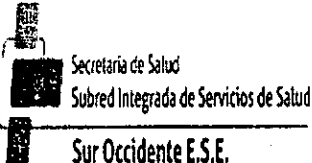
Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	marzo de 2018
Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15700	1
EPS023	Cruz Blanca EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1018404942
 APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS023	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión: 2			
			Fecha de aprobación: 31/03/2017			
			Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA						
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNIFFER ROMERO VILLARREAL				
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C. ☒ X ☐ C.E. ☐	NO.	1018-404-942			
CORREO ELECTRONICO:	je.rr.s1018@gmail.com		CELULAR:	3123455996		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		PAPS 60 VISION COLOMBIA				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ASISTENCIAL		SEDE:	SUR		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
	SU51	100%				
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00.7590395021		PENSIONADO	No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2392 - 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO	3-3		
NÚMERO DE CDP	FECHA	NÚMERO DE CRP	FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de Odontología/Higienista					
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		
	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.416.018					
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%			
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:			\$4.248.054			
VALOR EJECUTADO			\$4.248.054			
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 <u>mínimo</u> 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
8326481259	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685
Dado en Bogotá a los () días del mes de abril del año Dos Mil DICIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,						
MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA ODONTOLOGA LIDER DE SEDE			JENNIFFER ROMERO VILLARREAL AUXILIAR E HIGIENISTA			
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:			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	

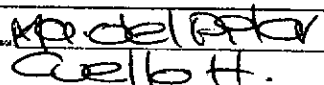
Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA	Sede:	PAPS 60 VISION COLOMBIA							
No. DE CONTRATO:	2392 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
				1	4	2018		30	4	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	C. C.	1018404942				DE	BOGOTA		

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 ODONTOLOGIA/HIGIENISTA ORAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA.		ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATENCION AL PACIENTE.	SATISFACCION DEL PACIENTE EN LA ATENCION
2° APOYAR A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES BASICAS.		SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	SATISFACER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN LA ATENCION
3° DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRIDAD		DILIGENCIAMIENTOS DE LOS FORMATOS	DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS
4° REALIZAR A CADA PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL PROFESIONAL TRATANTE SEGUN COMPETENCIA		REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL	REALIZAR LA PROMOCION Y PREVENCION EN CADA PACIENTE
5° APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.		CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE	SEGURIDAD PARA CADA PACIENTE
6° ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO.		INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFORME SOBRE 3,0
7° RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACION DEL CONTRATO.		CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS	CARPETAS DE MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS AL DIA
8° PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION, INDUCCION, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.		REUNION UAT ODONTOLOGIA EN 3M EL 23 DE ABRIL, CONVERSATORIO HUMANIZACION EL DIA 13 DE ABRIL	ASISTI A LAS REUNIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE ABRIL
9° NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.		SE ESTA NOTIFICANDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y POR LA MESA DE AYUDA POR LA PLATAFORMA DE LA SUBRED	ESTE MES NO SE NOTIFICO
10° CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADENAS DE APOYAR LA IMPLEMENTACION DE LOS MISMOS.		SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS
11° APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES		SE APOYA A LA SUBRED EN LA ACTIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL	SE REALIZA PROMOCION Y PREVENCION (HIGIENE ORAL)
12° REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACION DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA SUBRED		SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA	INFORME MENSUAL
13° ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACION Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE		SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO, CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES	CERTIFICACION DE PAGO COMPLETA
14° REALIZAR LAS DEMAS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO		SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR \$1.416.018 UN MILLÓN CUATROCIENTOS DIECISÉIS MIL DIECIOCHO PESOS MTCE	Fecha: 4/2018 Firma de recibido supervisor: 
FOLIO COMPLETO, REDUCIR Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  JENNIFFER ROMERO VILLARREAL CC 1.018.404.942	Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
No. Identificación: CC1018404942
Dirección: CLL 84 B SUR 8 D 18
Telefono: 7687548
Correo: je.lu.s1018@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8326481259

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
Tipo y número de identificación	CC1018404942
Número de planilla	8326481259
Fecha pago	2018-04-09
Número de autorización pago	17448874
Banco	1023

Número de Empleados	1
Período de Cotización Salud	abril de 2018
Período de Cotización Pensión	abril de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	257500
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19100	1
230301	Porvenir	125000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	15700	1
EPS023	Cruz Blanca EPS	97700	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1018404942
 APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS023	230301	781242	781242	781242	781242	97700	0	125000	0	19100	0