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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Salud

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	5	2018		31	5	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 I

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ___ NO ___ Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA.		ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATECION 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 PREVENCION DE SALUD ORAL	REALIZAR LA PROMOCION Y PREVENCION EN CADA PACIENTE
5° APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.		CUMPLO 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.		INNFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFOME 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.		CONVERSATORIO TECNOLOGIA EL DIA 11 DE MAYO	CONVERSATORIO TECNOLOGIA EL DIA 11 DE MAYO .
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 LA ATIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL	SE REALIZA PROMOCION Y PREVENCION (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

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNIFFER ROMERO VILLARREAL CC 1.018.404.942

Fecha 5/2013 Firma de recibido supervisor:

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

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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		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			4-4			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21696	FECHA	30/04/2018			
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	5	2018		31	5	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:	$5.664.072
VALOR EJECUTADO	$5.664.072
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
27138901	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	$241.685

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

Ma. del Pilar Cuellohh.

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
ODONTOLOGA LIDER DE SEDE

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jenn Romero

JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
AUXILIAR E HIGIENISTA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	CLL 84 B SUR 8 D 18	7687548	je.lu.s1018@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	1	07/05/2018	27138901	$257,500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS023	Cruz Blanca - EPS	830009783-0	97,700	0		0		0	0	0	0	97,700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	125,000	0	0	0	0	0	0		125,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19,100				19,100	0	0	19,100			191	19,100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15,700	0	0	15,700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97,700	97,700
Pensión	1	125,000	125,000
Riesgos Laborales	1	19,100	19,100
CCF	1	15,700	15,700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	257,500	257,500

27138901

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		CLL 84 B SUR 8 D 18	7687548	je.lu.s1018@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
5	2018	5	2018	I	07/05/2018	27138901	$257.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sociedad	Extranjero	Colombo exterior	Exoneración	INO	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	VIL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018404942	ROMERO VILLARREAL JENNIFFER	59	0			N																	230301	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS023	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100	CCF24	781.242	15.700	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información