

TIPO		DATOS DEL APORTANTE					EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO			
CC	1018404942	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	CLL 94 B 8 SUR D 18	7687548	ja.luis1018@gmail.com			
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO			
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO	

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018	I	12/06/2018	278065287	\$257 500

.E POR COTIZANTE

[illegible]

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCAL Y SALUD
CC	1018040342	JENNIFER ROMERO VILLARREAL	CLL 84 B SUR D 18	76857548	jetrua1018@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN ÚNICA	CLASE APORTANTE I – Independiente	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD Y MUNICIPIO	
				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
6	2018	6	2018		12/06/2018	27808287	\$257.500
						20180612	34374067

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS023	Cruz Blanca - EPS	830009783-0	97.700

UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
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	Día Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
270301	Pavsalir	800224808-9	125.000	0	0	0	0	0 *	0	0	125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES[illegible]**TOTALES CAJAS**

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
	Comunidad Cajas	860066942-7	15.700	0	0	15.700	1

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	TOTALES POR ADMINISTRADORA		
	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y MIRA	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
IGBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	257.500	257.500

 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: 03/04/2018 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. ASISTENTE SOCIAL ROMERO VILLARREAL
Ubicación del Servicio:		ODONTOLOGIA		Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA	
No. DE CONTRATO:		2392 - 2018		Periodo certificado desde el	
				Día	Mes
				1	6
				Año	2018
				a	
				Día	Mes
				30	6
				Año	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 ☒ 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 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.			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.			CONVERSATORIO ATENCION AL USUARIO EL DIA 08 DE JUNIO		CONVERSATORIO ATENCION AL USUARIO EL DIA 08 DE JUNIO
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 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 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 DESIGNA 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 C.C. 1.018.404.942			Fecha 6/2018 Firma de recibido supervisor: <i>Ma del Pilar Cuello</i>		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

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

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
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		5-5									
NÚMERO DE CDP		962		FECHA		28/05/2018		NÚMERO DE CRP		25733		FECHA		31/05/2018					
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		6		2018				30		6		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										\$7.080.090									
VALOR EJECUTADO										\$7.080.090									
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 COTIZACIÓN		APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16%		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
27805287		\$781.242,00		\$97.655		\$124.999		3		\$19.031		\$241.685							
Dado en Bogotá a los) días del mes de JUNIO 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									