| 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<br>Fecha de aprobación: 31/03/2017<br>Código: 04-02-FO-0002 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | SANDRA MILENA COBOS FERNANDEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1073152751 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | sandrajuansebas@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3209090147 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | CAPS ZONA FRANCA (FO08) | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GESTION CLINICAAMBULATORIA (CAPS | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | A40 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380737275 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1490-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION | | | | | | | | | |
| 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% | | | $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: | $16.284.207 |
| VALOR EJECUTADO | $15.576.198 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.416.018 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $708.009 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8656716686 | $781.242,00 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

Dado en Bogotá DICIEMBRE de año DOS MIL DIESIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**LILIANA CASTIBLANCO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**SANDRA MILENA COBOS FERNANDEZ**
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 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | CAPS ZONA FRANCA | | | | **Sede: FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1490-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 12 | 2.018 | | 31 | 12 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | SANDRA MILENA COBOS FERNANDEZ | | **C. C.** | 1.073.152.751 | | | **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 AUX DE ODONTOLOGIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio. | SI | Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio | Se cumplio con el servicios de atención a los usuarios. |
| Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural | SI | ULG, 12 de Diciembre, Conversatorio 18 de Diciembre | Conocimiento de la informacion del proceso. |
| 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. | En cuanto a la orientación adecuada del usuario al acceso. |
| 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 atencion de la consulta programada. Diligencie historia clinica, dictada por el odontólogo. | se diligencio las historias clinicas sistematizadas. |
| 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, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador quimico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo | Planillas de esterilizacion. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registro la vida util de los dispositivos. |
| Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista. | SI | Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo | Atención a los pacientes con calidad. |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | SI | Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo | Insumos en el servicio. |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | SI | Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución |
| Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | NO | Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato. | NO |
| 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. | Planillas de alistamiento de consultorio. |
| Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional. | SI | Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional. | Presentación personal adecuada a lineamiento institucional |
| Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización. | SI | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion | Adherencia al manual de esterilización |

**OBSERVACIONES:**

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

SANDRA MILENA COBOS FERNANDEZ
CC 1073152751
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 : | SANDRA MILENA COBOS FERNANDEZ |
| IDENTIFICACION: | CC-1073152751 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-12-11 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-12-13 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-12-05 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AV VILLAS |
| PERIODO PENSION: | 2018-11 |
| PERIODO SALUD: | 2018-11 |
| NUMERO PLANILLA: | 8656716686 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8674019457 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 97.700 | $ 97.700 |
| 230201 | 800229739 | PROTECCION | 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: | 15/01/2018 |