

	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:				ANDRES RODRIGUEZ PANCHE									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1069726791				
CORREO ELECTRONICO:				andresrp1105@gmail.com				CELULAR:		3213858419			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CAPS ZONA FRANCA (FO08)					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ODONTOLOGIA				SEDE:		Sur			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO08E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				5170180102						PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3163-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 3							
NÚMERO DE CDP		165		FECHA		01/17/2019		NÚMERO DE CRP		14801		FECHA		01/31/2019					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como HIGIENISTA ORAL dentro de los diferentes procesos y servicios de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de las institución.															
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
						1		2		2009				28		2		2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$1.501.020											
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:	\$4.503.060
VALOR EJECUTADO	\$1.501.020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.501.020
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$3.002.040
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 \$2.070.290, 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1018293166	\$828.150	\$103.600	\$132.500	3	\$20.200	\$256.300

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANDRES RODRIGUEZ PANCHE

Auxiliar de Odontología
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:	CAPS ZONA FRANCA	Sede: FONTIBON														
No. DE CONTRATO:	3163-2019	Periodo certificado desde el														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2.019</td> <td></td> <td>28</td> <td>2</td> <td>2.019</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	2	2.019		28	2	2.019
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	2	2.019		28	2	2.019										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANDRES RODRIGUEZ PANCHE	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>1.069.726.791</td> <td>DE</td> <td>BOGOTA</td> </tr> </table>	C. C.	1.069.726.791	DE	BOGOTA										
C. C.	1.069.726.791	DE	BOGOTA													

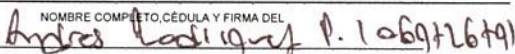
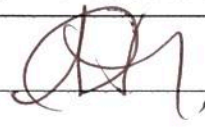
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUX DE ODONTOLOGIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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 atención del odontólogo e higienista del consultorio.	SI	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atención del odontólogo del consultorio	Se cumplió con el servicios de atención a los usuarios.
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural	SI	25/02/19 UAT, Conversatorio 08/02/2019	Conocimiento de la información 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 atención de la consulta programada. Diligencie historia clínica, 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, desinfección y esterilización de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencie formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometría, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo	Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registro la vida útil de los dispositivos.
Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	SI	Preparé el ambiente del consultorio para la atención, 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	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución.
Todas las demás 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 esterilización	Adherencia al manual de esterilización.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.501.020 UN MILLON QUINIENTOS UN MIL VEINTE PESOS

ANDRES RODRIGUEZ PANCHE CC: 1069726791 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.



Referencia pago(PIN) 8895826060

Periodo Servicio 201901

PAGADA 2019-02-06

Razón Social	ANDRES RODRIGUEZ PANCHE
--------------	-------------------------

III. DATOS DEL AFILIADO

II. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 132.500	\$ 0	\$ 0	\$ 103.600	\$ 20.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 256.300

