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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ana Ludibia Campo Latorre												
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E			29540231							
CORREO ELECTRONICO:	ana.campo.latorre@gmail.com				celular	3133797988							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PABLO VI BOSA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS ESTACION				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA29-E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20055654993								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3114-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3		
NÚMERO DE CDP	165		2019-01-17	NÚMERO DE CRP		14756	FECHA	31/01/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar sevicios de apoyo a la gestión administrativa y/o en el área de salud oral, dentro de los diferentes procesos y porcedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVISIOS DE SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	4	2019		30	4	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.121.730								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			NO APLICA				

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.365.190
VALOR EJECUTADO	$3.365.190
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.121.730
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.121.730
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 $2070290 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
.8490558451	$828.116,00	$103.600	$132.500	5	$0	$236.100

Dado en Bogotá a los 30 dias del mes de Abril del año Dos Mil Diesinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Alba Edith Lopez
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ana Ludibia Campo Latorre
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS Estación		Pablo VI						
No. DE CONTRATO:	3114-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2.019		30	4	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ana Ludibia Campo Latorre		C. C.	29.540.231		DE	Guacarí Valle		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de salud oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTAL E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucinal.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	SI	Preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesaria para el desarrollo de las actividades en el consultorio odontológico	Evidencia del profesional e higienista oral
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	SI	Se da información requerida por el usuario para su atención en salud oral	Se evidencia en el registro de las carpetas
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	SI	Se ejecuta basado en las normas establecidas a nivel institucional	Carpetas de registro del usuario y profesional y sistemáticamente
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	SI	Toma de radiografías periapicales ordenadas por el profesional	Evidencia del profesional Registro y firmas en formatos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Se realiza todos los procedimientos requeridos para contribuir en su cumplimiento.	Evidencia con el profesional e higiene oral
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento	SI	Se revisa las actividades cada mes como es requerido	Carpetas de registro del usuario y profesional y sistemáticamente
Responder por los elementos entragados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contraro.	SI	Se realiza inventario de los instrumentos conque se atiende al usuario. Se entrega en cada turno de auxiliares de salud oral y vigilancia.	Registro en carpetas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.121.730 Un millón ciento veintiunmil setecientos treinta pesos

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Ana Ludibia Campo Latorre
29540231

Fecha : Firma de recibido supervisor: Alba Edith López

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

Scanned by CamScanner

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS Estación		Pablo VI						
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	3114-2019	Periodo certificado desde el	1	4	2.019		30	4	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Ana Ludibia Campo Latorre		C. C.	29.640.231		DE	Guacarí Valle		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de salud oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	Se participa a las ULG, ULC y demás reuniones convocadas por la institución	Evidencia en registro de actas de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SI	Se reporta al lider del proyecto y por sistema	Registros y firma
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SI	Se participa junto al profesional de salud oral	Evidencia con el profesional
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos instituciones	SI	Se realiza según lo requerido	Evidencia del profesional y lider del proyecto
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la Subred	SI	Se ejecuta el registro en carpetas y sistema según lo requerido	Evidencia por registro en las carpetas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensionesy riesgos profesionales mensualmente	SI	Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social	Registro carpetas
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	SI	Mantener la bioseguridad y en órden el consultorio odontológico entre otros para la atención del usuario.	Registro y firmas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.121.730 Un millón ciento veintiunmil setecientos treinta pesos

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Ana Ludibia Campo Latorre
29540231

Fecha : Firma de recibido supervisor: Alba Edith López

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

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29540231		CAMPO LATORRE ANA LUDIBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 114 145-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03	09557321	8490558451	I	2019/04/08	2019/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	236,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$132,500	$0	$0	$132,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$132,500	$0	$0	$132,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$103,600	$0	$0	$103,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$103,600	$0	$0	$103,600
TOTAL				1	$236,100	$0	$0	$236,100

2019/04/04 03:26 PM

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29540231		CAMPO LATORRE ANA LUDIBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 114 145-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-03	2019-03	09557321	8490558451	I	2019/04/08	2019/04/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$236,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	29540231	CAMPO ANA	230301	30	$828,116	$132,500	EPS008	30	$828,116	$103,600		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$828,116	$132,500			$828,116	$103,600			$0	$0			$0	$0		$0	$0

2019/04/04 03:26 PM

Scanned by CamScanner