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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		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:	5580-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				5 de 5			
NÚMERO DE CDP	1990		2018-12-13	NÚMERO DE CRP	50362	FECHA	12/17/2018				
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	1	2019		31	1	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.058.207										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.291.035
VALOR EJECUTADO	$5.291.035
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.058.207
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
.848761959532	$781.242,00	$97.800	$125.100	5	$0	**$222.900**

Dado en Bogotá a los 31 dias del mes de Enero del año Dos Mil Diesinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Maritza Milena Mejía

Maritza Milena Mejía

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ana Ludibia Campo Latorre

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS Estación			Pablo VI						
No. DE CONTRATO:	5580	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.019		31	1	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): $ 1.058207 Un millón cincuenta y ocho mil dosciento siete pesos

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:__Ana Ludibia Campo Latorre
_29540231_____

Fecha : Firma de recibido supervisor: Maritza Milena Merchan

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.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS Estación							Pablo VI		
No. DE CONTRATO:	5580	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.019		31	1	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 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 líder del proyecto
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de informacíon 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): $ 1.058207 Un millón cincuenta y ocho Mil,dosciento siete pesos

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

Fecha : Firma de recibido supervisor: Maritza Milena Marcatoya

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

aportes en línea

Planilla Resumen

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
2018-12	2018-12	65287692	8487619532	I	2019/01/10	2019/01/11	BANCO DE OCCIDENTE	1	$222,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$222,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$222,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$222,700
1	CC	29540231	CAMPO ANA																		230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0	No	$222,700
Total Afiliados(1)																							$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$0	$0			$0	$0		$0	$0		$222,700

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
2018-12	2018-12	65287692	8487619532	I	2019/01/10	2019/01/11	BANCO DE OCCIDENTE	1	$222,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$100	$0	$125,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$100	$0	$125,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$100	$0	$97,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$100	$0	$97,800
TOTAL				**1**	**$222,700**	**$200**	**$0**	**$222,900**