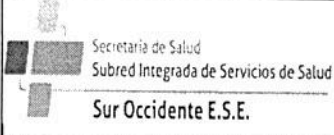
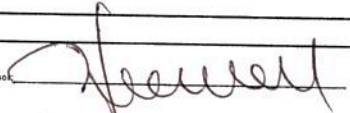


**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
PAGO POR TESORERIA**

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNIFER 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:						SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		ASISTENCIAL				SEDE:		SUR SU51									
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
		E01	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:		3145-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 -3									
NÚMERO DE CDP		165		FECHA		17/01/2019		NÚMERO DE CRP		14786		FECHA		31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como auxiliar de Odontologia/Higienista															
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA		MES		AÑO	
				1		2		2019				28		2		2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.501.020															
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:								\$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 <u>mínimo</u> 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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES											
8332657624	\$828.116	\$103.600	\$132.500	3	\$20.200	\$256.300											
Dado en Bogotá a los (28) días del mes de febrero del año Dos Mil DIECINUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.																	
Cordialmente,																	
 LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA LIDER DE SEDE NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 JENNIFER ROMERO VILLARREAL AUXILIAR E HIGIENISTA CC. 1018 404 942 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA									

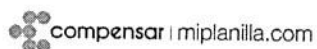
		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 03/04/2018 Código: 04-02-FO-0003													
Ubicación del Servicio:		ODONTOLOGIA		Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA													
No. DE CONTRATO:		3145-2019	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2019</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	2	2019	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>28</td> <td>2</td> <td>2019</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	28	2	2019
Día	Mes	Año															
1	2	2019															
Día	Mes	Año															
28	2	2019															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		C. C.	1018404942												
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.			CUMPLIO 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.			NO SE HA PRESENTADO NINGUNA REUNION		NO SE HA PRESENTADO NINGUNA REUNION												
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 ATIVIDADES 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 DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES		SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO												
OBSERVACIONES:																	
TOTAL A PAGAR \$1.501,020 UN MILLÓN QUINIENTOS UN MIL VEINTE PESOS M/TCE																	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  JENNIFFER ROMERO VILLARREAL CC 1.018.404.942			Fecha 02/2019 Firma de recibido supervisor: 														
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.																	

Señor(a):	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	
No. Identificación:	CC 1018404942	
Dirección:	CLL 84 B SUR 8 D 18	
Teléfono:	7687548	Fax:
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.	
Número de Planilla	8332657624	

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:



Nombre	JENNIFFER ROMERO VILLARRE
Tipo y Número de Identificación	CC 1018404942
Número Planilla	8332657624
Fecha de Pago	2/11/2019
Número de Autorización de Pago	80353199
Banco	1023
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Enero 2019
Periodo Cotización Pensión	Enero 2019
Periodo Cotización Caja	Enero 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	\$272.900
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC									
NO. DOCUMENTO:		1018404942									
APELIDOS Y NOMBRES		ROMERO VILLARREAL JENNIFFER									
COD EPS	COD AFR	UPC	ISC SALUD	ISC PENSION	ISC RIESGOS	ISC GAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONOS SOLIDARIOS	
EPS023	230301	0	828.116	828.116	828.116	828.116	103.600	132.500	20.200	0	

[illegible]

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información