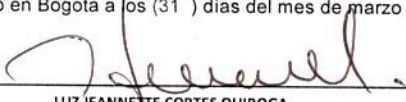
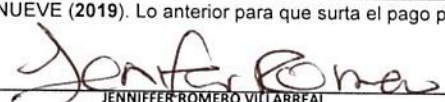
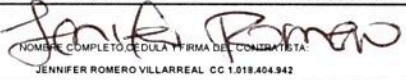
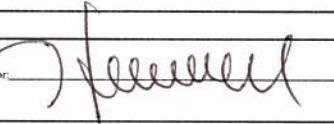


**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN
 DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE
 PAGO POR TESORERÍA**

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JENNIFFER 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					
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				2 -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	3	2019			31	3	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								\$3.002.040							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.501.020							
VALOR A LIBERAR								\$0							
SALDO POR EJECUTAR								\$1.501.020							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								67%							
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									
8333244104	\$828.116	\$103.600	\$132.500	3	\$20.200	\$256.300									
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de marzo del año Dos Mil DIECINUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.															
Cordialmente,															
 LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA LIDER DE SEDE								 JENNIFFER ROMERO VILLARREAL AUXILIAR E HIGIENISTA 1018404942							
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								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	
				Día	Mes
				1	3
				Año	2019
				a	
				Día	Mes
				31	3
				Año	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		C. C.	1018404942
				DE	BOGOTÁ
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.			CUMPLIR 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.			CONVERSATORIO EL 8 DE MARZO		CONVERSATORIO EL 8 DE MARZO
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:  JENNIFER ROMERO VILLARREAL CC 1.019.404.942			Fecha 03/2019 Firma de recibido supervisor: 		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

