

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

Versión: 3
Fecha de aprobación: 13/02/2018
Código: 64-02-PG-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA		MARIA INES MANRIQUE AREVALO					
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	CE	NO	61910329		
CORREO ELECTRONICO:	manrique.3012@hotmail.com			CELULAR	3172910158		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		PAPS ESTACION					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SEDE:		PABLO VI			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	PA29 E01	100%					
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIENDA			TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		05 70008090580542				PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	7141	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 1
NÚMERO DE CDP 1	1661	FECHA	28/11/2019
		NÚMERO DE CRP 1	611762
		FECHA	23/12/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y 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 a las necesidades de la institución		

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		23	12	2019		31	12	2019

VALOR HONORARIOS MENSUALES	1,315,410
----------------------------	-----------

TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA
-------------------	-------------	---------------------	-----------

OBSERVACIONES: LA SUBRED CANCELA ARL POR TOMA DE RADIOGRAFIAS.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	1,315,410
5	1,315,410
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	394,623
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$394,624
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	35%

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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8339770018	\$828.116	\$72.500	\$92.800	3	\$14.300	\$165.300

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

Alba Edith Lopez

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maria Ines Manrique

MARIA INES MANRIQUE

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) MARIA INES MANRIQUE AREVALO identificado(a) con cedula ciudadanía 51.919.325, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20191210	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 15 días del mes de Enero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multifiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: OSCAR FABIAN CONTRERAS
12825788

CER-AFI

VIGILADO SUPERINTENDENCIA

Medellín, 14 de enero de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que MARIA INES MANRIQUE AREVALO identificado(a) con cédula de ciudadanía 51919325 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 24/12/2019

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 PORCENTAJE: 2,436% TIPO COTIZANTE: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 PORCENTAJE DE COTIZACIÓN: 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C519193252001437932

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación

Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

14/01/2020 10:32 AM

Dirección IP: 190.24.132.6, 172.16.42.57

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:		PAPS Estación		Pablo VI			
No. DE CONTRATO:	7141	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a
				23	12	2019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA INES MANRIQUE AREVALO			C. C.	51 919 325		DE
							Bogotá
OBJETO: 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	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	si	Se revisa las actividades cada mes como es requerido			Carpetas de registro del usuario y profesional		
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	si	Se realiza inventario de los instrumentos con que se atiende al usuario. Se entrega en cada turno de auxiliares de salud oral y vigilancia.			Registro en carpetas		

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 líder 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 información 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, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	si	Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social	Registro en los formatos establecidos por la institución
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	si	Mantener la bioseguridad y en orden el consultorio odontológico entre otros para la atención del usuario.	Registro y firmas

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$394,623 (TRESCIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SEIS CIENTOS VEINTI TRES MIL)

<p><i>Hernán Luis Ojanguar Arevalo</i></p> <p>NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: <i>cc 51-919.325 m</i></p>	<p>Fecha: 31-12-2019 Firma de recibido supervisor: <i>Alba Edith Lopez</i></p>
--	--

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