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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMALFI TAFUR ORTIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	41723968						
CORREO ELECTRONICO:	atafuro@subredsuroccidente.gov.co				CELULAR:	3208688967						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS 50 PUERTA DE TEJA FO07							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA USS 50 PUERTA DE TEJA FO07				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO07E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380761234								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3184-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8					
NÚMERO DE CDP	1174 ✓	FECHA	29/08/2019 ✓	NÚMERO DE CRP	39722 ✓	FECHA	31/08/2019 ✓				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicio profesionales y de apoyo a la gestion como Auxiliar de consultorio odontologico dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE.ESE. de acuerdo alas necesidades de la institucion										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	9	2019		30	9	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.121.730										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA %	$0								

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:	$8.973.840 ✓
VALOR EJECUTADO	$8.973.840 ✓
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.121.730 ✓
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 $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
8653010656	$828.116,00	$103.600	$132.500	3	$20.200	$256.300

Dado en Bogotá del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAIDEDO (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Amalfi Tafur O
AMALFI TAFUR ORTIZ
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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PAPS 50 PUERTA DE TEJA FO07			Sede:FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3184-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.019		30	9	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMALFI TAFUR ORTIZ		C. C.		41.723.968		DE		BOGOTA

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 de odontologia de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio.	si	Cumpli con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio.	cumpli con el 100%en la ayuda que se le preste al odontologo y en el tiempo asignado al paciente
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	si	Asisti a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural: conversatorio 13 de Septiembre;24 de Septiembre ULC	Se asistio a las reuniones programadas: conversatorio 13 de Septiembre;24 de Septiembre ULC
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	si	Presté mis servicios con Trato Humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	si	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	si	Colaboré y asisti adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clínica, dictada por el odontólogo.	si afirmativo se asistio al odontologo diligenciando historias dictadas por el odontologo
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	si	Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad	confirmado se realizaron todos los procesos de esterilizacion preparando el consultorio para la atencion
Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista.	si	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	si	Se realizaron las actividades que asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Se realizaron las actividades que asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio.	si	Velé por inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro correspondiente.	se realizo inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	si	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.121.730 Un millon cientoveintiun mil seteclentos treinta pesos M/cte.

Amalfi Tafur

Amalfi Tafur Ortiz C C 41 723 968

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	AMALFI TAFUR ORTIZ
IDENTIFICACION:	CC-41723968
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2019-08-08
FECHA LIMITE DE PAGO:	2019-09-16
FECHA DE PAGO:	2019-08-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2019-08
PERIODO SALUD:	2019-08
NUMERO PLANILLA:	8653010656
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8605029737
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 103.600
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 132.500
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 0	$ 20.200	$ 20.200
		Total a pagar		$ 0	$ 0	$ 0	$ 256.300	$ 256.300

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/10/2019