| | 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: | | | | CHERALDIN RIVERA CARDONA | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | | C.C | X | C.E | | NO. | | 1013611057 | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | cheraldinerc-0331@hotmail.com | | | | CELULAR: | | 3123693231 | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | Subred Integrada de servicion de salud Sur Occidente E.S.E | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | | ADMINISTRATIVA | | | | SEDE: | | FONTIBON | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO08E01 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORROS | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | 473800070665 | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | | 3194-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 7 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1017 | FECHA | 25/07/2019 | NÚMERO DE CRP | 35107 | FECHA | 31/07/2019 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimietos de la SUBRED INTEGRADA DE SALUD SUR OCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institucion. | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | | 1 | 8 | 2019 | | 31 | 8 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1.501.020 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | NO APLICA | | | | | |

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: | $10.507.140 |
| VALOR EJECUTADO | $10.507.140 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.501.020 |
| 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 minimo 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 minimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7725879767 | $828.116,00 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | $256.300 |

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

Liliana Castellanos Mosos

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Cheraldin Rivera Cardona 1013611057

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
|---|---|---|---|
| | | aprobaci | 03/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

| Ubicación del Servicio: | ODONTOLOGIA | | Sede: CAPS TRINIDAD GALAN UBA MOVIL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| No. DE CONTRATO: | 3194-2019 | Periodo certificado desde el | 1 | 8 | 2019 | | 31 | 8 | 2019 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CHERALDIN RIVERA CARDONA | C. C. | 1.013.611.057 | 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 higinista del consultorio | SI | Realice todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontolog del consultorio | Asisti al odontologo en todas las actividades diarias para el buen cumplimiento de su atencion. |
| Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentacion se encuentre en regla para una adecuada facturacion | SI | Recepcione al paciente y lo direccione con el odontologo para su atencion | Se capacita el paciente acerca de la tecnica de cepillado,uso de seda dental y enjuagues orales , sobre el manejo y cambios en patrones de salud oral. |
| Colaborar y asistir adecuadamente al odontologo en la atencion de la consulta programada y de urgencias | SI | Se diligencian formatos de esterilizacion , temperatura humedad , anestesia , dispositivos medicos etc. | Se registran a diario según formato correspondiente a cada proceso . |
| Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atencion con calidad integral del paciente | SI | Se realizan actividades de higiene oral según lo ordenado por el odontologo | Detartrajes supragingivales , sellantes de fotucurado , aplicaciónes topicas de fluor gel y barniz . |
| Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atencion con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista. | SI | Se apoyan las actividades de acuerdo a cada protocolo establecido por la subred . | Lavado de manos , uso de las barreras de proteccion , desinfeccion de los espacios , esterilizacion etc. |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos del materiaal devolutivo y consumo. | SI | Se realiza informe de gestion mensual | Informe de gestion mensual |
| Cumplir con las normas procedimientos y manuales establecidos por la institucion | SI | se relizan actividades para mantener en buen estado todos los equipos y dispositivos medicos | Se desinfectan , se esterilizan , se limpian , por parte de mantenimiento asistencia tecnica |
| Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | SI | Se asiste a reuniones y capacitaciones programas por la subred | ULG , Conversatorio mensual de seguridad al Paciente y varias capacitaciones programadas |
| Velar por el inventario del consultorio con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en la planilla de alistamiento de consultorio | SI | Reporte eventos adversos , sistema, equipos | Se reportan fallas del sistema y de equipos y dispositivos medicos del consultorio |
| Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional | SI | Se presenta toda la Informacion , desprendibles de pago,follos y demas acorde con las disposiciones legales | Certificaciones, informes cuentas y recibos actualizados y organizados |
| Adherencia al manual de bioseguridad y esterilizacion. | SI | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de Bioseguridad y esterilizacion | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de Bioseguridad y esterilizacion |
| Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol | SI | Ejecute las actvidades propias de mi cargo según criterios de autocontrol | Lleve acabo todas las actividades correspondientes a mi cargo |
| Salvaguardar los equipos y elmentos puestos a disposicion para el desarrollo del objeto contractual | SI | Salvaguarde los equipos y elemntos puestos a disposicion para el desarrollo del objeto contractual | Vele por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi disposicion para el buen desarrollo de mis actividades Laborales |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y regalmentos de la institucion | SI | Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institucion | Acate las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institucion |
| Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital | SI | Participe desde mi que hacer diario en el Proceso de acreditacion de salud del Hospital | Desde Mis actividades Diarias tuve participacion activa en el proceso de acreditacion en salud de la institucion, realice y reporte sucesos de seguriad |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.501.020 un millon quinientos un mil veinte pesos m/ cte

CHERALDIN RIVERA CARDONA C C 1013611057 CONTRATISTA

1013611057

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.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1013611057 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CHERALDIN RIVERA CARDONA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CL 69 C SUR 64 83 ISLA DEL SOL | TELÉFONO: | 1111111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Personas Naturales sin Actividad Económica |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7725879767 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES Julio AÑO 2019 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES Julio AÑO 2019 | | | | |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2019/08/15 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 482583066 | | | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION (ING+PROTEC.) | 1 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 132.500 | $ 0 | $ 132.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 132.500 | $ 0 | $ 132.500 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 103.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 103.600 | $ 0 | $ 0 | $ 103.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 103.600 | $ 0 | $ 0 | $ 103.600 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | TOTALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | | $ 20.200 | $ 20.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 20.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 20.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 20.200 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | SAL INTEGRAL | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COM | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1013611057 | RIVERA CARDONA CHERALDIN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 828.116 | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION (ING+PROTEC.) | 30 | $ 828.116 | $ 132.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 132.500 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 828.116 | $ 103.600 | $ 0 | $ 103.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 828.116 | 101361105 | $ 20.200 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 256.300 |
|---|---|

Planilla Pagada