| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Bernarda Davila Davila. | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 24130385 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | bernardadavila@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3143902729 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | USS CENTRO DIA | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Gestion Clinica Ambulatoria USS Centro Dia FO04E01. | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO04E01 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380689203 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2200-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | 9 | | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1380 | FECHA | 25/09/20 | NÚMERO DE CRP | 41346 | FECHA | 30/09/20 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios tecnicos y de apoyo a la gestion como higienista 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 institucion. | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 10 | 20 | | 31 | 10 | 20 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.558.122 | | | | | | | | | | |
| 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: | $14.023.098 |
| VALOR EJECUTADO | $14.023.098 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.558.122 |
| 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 **$2194507**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente 2020.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8345533251 | $877.803,00 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

Dado en Bogotá ,en el mes de OCTUBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**Bernarda Davila Davila.**
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:** | USS CENTRO DIA | | | **Sede: FONTIBON** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | **2200-2020** | **Periodo certificado desde el** | | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | | 1 | 10 | 2.020 | | 31 | 10 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | BERNARDA DAVILA DAVILA | | | **C. C.** | 24.130.385 | | | **DE** | Boyaca (susacon) | |

**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 Higienista Oral 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** | Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio | Se cumplio con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion de pacientes |
| 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. | Se cumplio con el rendimiento por hora |
| Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural. | **si** | Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural. | UAT el 2 , el 14 ULC y el 16 Conversatorio , Octubre del 2020 |
| Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias. | **si** | Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clínica, dictada por el odontólogo. | se dio un trato humanizado a los usuarios |
| Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente. | **si** | Realice los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo | Presentación personal adecuada a lineamiento institucional. |
| Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo o higienista | **si** | Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo | Diligenciamiento del siso y envio para consolidacion de informe mensual |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | **si** | Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | **si** | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | cumplí a 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** | Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato. | Ejecuté todas las actividades asignadas por mi supervisor acordes al objeto de mi contrato |
| Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario. | si | Remití a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando fue necesario. | Se direcionaron los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando fue necesario |
| Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional. | **si** | Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional. | Porté adecuadamente mi uniforme y carnet institucional |
| Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización. | **si** | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion |
| **Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.** | | | |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y | si | Realice registro de las actividades desarrolladas en el formato de registro diario, insumo para la realización del informe de gestión mensual | Diligenciamiento del siso y envio para consolidacion de informe mensual |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | **si** | Salvaguarde los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | Velé por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi desposición para el buen desarrollo de mis actividades laborales |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución | **si** | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Acaté las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución. |
| Participar en el proceso de acreditación en salud del Hospital. | **si** | Participe desde mi que hacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital | Desde mis actividades diarias tuve participación activa en el proceso de acreditración en salud de la institución. Realicé reporte de sucesos de seguridad. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.558.122 Un Millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidos pesos m/cte.**

BERNARDA DAVILA DAVILA
C.C. 24130385

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:BERNARDA DAVILA DAVILA- C.C. 24,130385.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

**Señor(es):** BERNARDA DAVILA DAVILA
**Nit:** CC 24130385
**Dirección:** CRR 127 # 63 K 35
**Teléfono:** 3143902729 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | BERNARDA DAVILA DAVIL/ |
| Tipo y número de identificación | 24130385 |
| Número de radicación planilla | 8345533251 |
| Fecha de pago | 9/30/2020 |
| Número de autorización de pago | 19165189 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Septiembre 2020 |
| Periodo cotización pensión | Septiembre 2020 |
| Periodo cotización caja | Septiembre 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $271.700 |
| Total interes mora | $0 |

| CODIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $21.400 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $140.500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $109.800 | 1 |

PAGADO

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

**Señor(es):** BERNARDA DAVILA DAVILA
**Nit:** CC 24130385
**Dirección:** CRR 127 # 63 K 35
**Teléfono:** 3143902729 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | BERNARDA DAVILA DAVILA |
| Tipo y número de identificación | 24130385 |
| Número de radicación planilla | 8345533251 |
| Fecha de pago | 9/30/2020 |
| Número de autorización de pago | 19165189 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Septiembre 2020 |
| Periodo cotización pensión | Septiembre 2020 |
| Periodo cotización caja | Septiembre 2020 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $271.700 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $21.400 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $140.500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $109.800 | 1 |

PAGADO 9

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**BERNARDA DAVILA DAVILA**

**C.C 24130385 DE SUSACON (Boyacá)**

La suma de 1.558.122, un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidós pesos moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como auxiliar de higiene oral con un total de 186 horas a 8.377 hora durante el periodo de 01 al 31deOctubre de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2200-2020.

**Nombre de contratista**

**BERNARDA DAVILA DAVILA**

**C.C. 24130385DE SUSACON (Boyacá)**

**CUENTA DE AHORROS BANCO**

**NUMERO 7380689203**

**BANCO DAVIVIENDA**

FIRMA:

CC.: 24130385