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:	**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:	**PAPS 60 VISION DE COLOMBIA (SU51)**											
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	%
	SU51E01	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:	**2297-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**8-8**			
NUMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	**NUMERO DE CRP**	**35633**	**FECHA**	**30/08/2020**			
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	9	2020		30	9	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$1.558.122**				**VALOR POR HORA ($8,377)**					
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:	**$12.464.976**
VALOR EJECUTADO	**$12.464.976**
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 $2,194,507, 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
8344971113	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de septiembre del año Dos Mil veinte (**2020**). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO
LIDER DE SEDE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
AUXILIAR E HIGIENISTA
1018404942
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
Fecha de aprobación	3/04/2018
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA				**Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA**				
No. DE CONTRATO:	**2297-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	9	2020		30	9	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL		**C. C.**	1018404942			**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 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 _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA.		ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATECION 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 LEGABILIDAD , 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.		CUMPLO 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.		INNFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFOME 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.		VIRTUAL CONVERSATORIO Y ULC	VIRTUAL CONVERSATORIO Y ULC
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 $1.558,122 UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/TCE

Jenifer Romero.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
JENNIFER ROMERO VILLARREAL CC 1.018.404.942

Fecha 09/2020 Firma de recibido supervisor:_____

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

Señor(es): JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
Nit: CC 1018404942
Dirección: CLL 84 B SUR 8 D 18
Teléfono: 7687548 **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	JENNIFFER ROMERO VILL
Tipo y número de identificación	1018404942
Número de radicación planilla	8344971113
Fecha de pago	9/8/2020
Número de autorización de pago	57553018
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Agosto 2020
Periodo cotización pensión	Agosto 2020
Periodo cotización caja	Agosto 2020
Número de administradoras	4
Total Pagado	$289.300
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$21.400	1
230301	Porvenir	$140.500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$17.600	1
EPS008	Compensar EPS	$109.800	1

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

C.C 1018404942 DE BOGOTA

La suma de 1.558.122, por concepto de: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de odontología /Higienista. durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2297-2020

JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

C.C.1018404942 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590395021