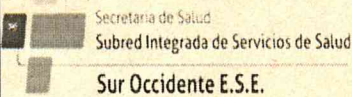
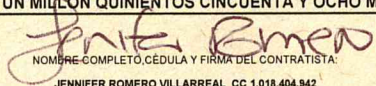
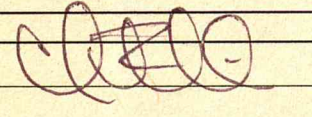


**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA
PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				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:				Gestion clinica ambulatoria Uss Vision de Colombia (SU51E01)				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				11-11							
NUMERO DE CDP		1723		FECHA		26/11/2020		NUMERO DE CRP		53078		FECHA		30/11/2020					
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		12		2020				31		12		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:								\$18.697.464											
VALOR EJECUTADO								\$17.139.342											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.558.122											
VALOR A LIBERAR								\$0											
SALDO POR EJECUTAR								\$1.558.122											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								92%											
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
8346901099		\$877.803		\$109.800		\$140.500		3		\$21.400		\$271.700							
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de diciembre 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 cc 1018404942 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA											

		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. Subred Sur Occidente E.S.E.												
Ubicación del Servicio:		ODONTOLOGIA		Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA													
No. DE CONTRATO:	2297-2020	Periodo certificado desde el		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>12</td> <td>2020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	12	2020	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>31</td> <td>12</td> <td>2020</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	31	12	2020
Día	Mes	Año															
1	12	2020															
Día	Mes	Año															
31	12	2020															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	C. C.	1018404942	DE	BOGOTÁ												
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 ☒ NO ☐																	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS												
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA.			ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATENCION 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 LEGIBILIDAD , 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.			CUMPLIR 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.			INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR		INFORME 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 , ULC ,UAT ODONTOLOGIA		VIRTUAL CONVERSATORIO , ULC,UAT ODONTOLOGIA												
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, ADÉMÁS 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 ACTIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL		SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PROMOCION Y PREVENCION												
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																	
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL CC 1.018.404.942			Fecha 12/2020 Firma de recibido supervisor: 														
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.																	

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

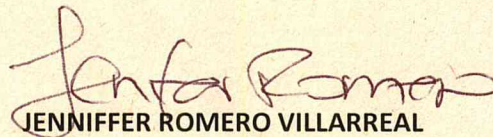
NIT: 900.959.048-4

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 31 de DICIEMBRE 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