

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

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



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LUZ MILA QUEVEDO TAFUR											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.				65739423				
CORREO ELECTRONICO:				luzquevedo41@yahoo.com				CELULAR:				3118597864			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PAPS CARBONEL							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ODONTOLOGIA				SEDE:				Pablo VI			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		PA28E01	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				62485860458								No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2348-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				3DE3			
NÚMERO DE CDP		29	FECHA	08/01/20	NÚMERO DE CRP		14500	FECHA		31/01/20					
NÚMERO DE CDP			FECHA		NÚMERO DE CRP			FECHA							
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de salud oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	3	2020		31	3	2020				
VALOR HONORARIOS MENSUALES: 1365451				\$1.365.451											
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial				RESERVA DE GLOSA 0%				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:										\$4.046.312					
VALOR EJECUTADO										\$4.046.312					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$1.365.451					
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 <u>mínimo</u> 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.															
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
9403227579	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700									
<p>dado en Bogotá a los 31 días del mes de marzo de 2020. lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente</p> <p>IBET JUSSEFF MORA MURCIA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:</p> <p>LUZ MILA QUEVEDO TAFUR NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>															

 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 carbonel		Sede: PABLO VI BOSA						
No. DE CONTRATO:	2348-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	2020		31	3	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ MILA QUEVEDO TAFUR		C. C.	65.739.423			28	Ibague tol	
OBJETO DEL CONTRATO: el contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara 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 <u>X</u> NO ____ Servicios: SI ____ NO ____									
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
Disponer y preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesarios para el desarrollo de las actividades propias del servicio.	SI	Disposición de equipos y materiales propios de la atención				Listado de dispositivos			
Asistir al profesional de odontología e higiene oral en la realización de los procedimientos en salud oral.	SI	Prestación de atención en la consulta del usuario				Protocolo de limpieza y desinfección			
Tomar, revelar radiografías y realizar reporte de diagnósticos críticos evidenciados en imagenología siguiendo el procedimiento.	N/A	N/A				N/A			
Elaborar los pedidos de materiales de consumo y devolutivos, con el visto bueno del líder y/o coordinador de salud oral y mantener actualizado el formato de dispositivos médicos.	N/A	Entrega de pedidos en medio magnetico				PAN			
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de citas programadas.	SI	Verificación de agendas en el sistema				Agendas			
Solicitar el mantenimiento correctivo de los equipos oportunamente al líder y/o coordinador del área.	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo				Aplicativo			
Colaborar en actividades intra y extramurales para el desarrollo de los programas de salud oral.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones				Actas de asistencia			
Promover en su área, centro del salud y territorio la participación de la comunidad en actividades de salud e impulsar y motivar la conformación de grupos de participación social.	SI	Demanda inducida e información en general de los servicios en el proceso de atención				Demanda inducida			
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los formatos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Digitación de registros propios de la atención				registros			
Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio (INAT, INAF, Seguridad del Usuario).	SI	Solicitudes realizadas por aplicativo				Aplicativo			
Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios.	N/A	N/A				N/A			
Aplicar las normas, guías y protocolos de bioseguridad y llevar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo establecido a nivel institucional y normas vigentes.	N/A	N/A				N/A			
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	SI	Atención a los usuarios según agendas, y metas establecidas				Agenda			

Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	N/A	N/A	N/A
Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	N/A	N/A	N/A
Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención	Formatos de notificación
Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	N/A	N/A	N/A
Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución.	SI	Realización de informes según actividades	Informes
Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Participar en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.	SI	Participación el UAT - ULC y Reuniones	Actas de asistencia
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	SI	Hacer buen uso de la información del usuario durante el proceso de atención	Formatos
Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.	N/A	N/A	N/A

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letraS) un millón trescientos sesenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y un pesos m/c (\$ 1365451

<p><i>José Mila Quevedo Tafur</i> C.C. 65-739.023 frol</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA</p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i></p>
--	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																				
Identificación		dv	Razon Social			Clase Aportante			Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF			
CC 65739423			QUEVEDO TAFUR LUZ MILA			INDEPENDIENTE			PRINCIPAL		TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR		BOGOTA-BOGOTA D.E.		7524247		No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																				
Periodo			Clave			Tipo		Fecha			Pago									
Pensión		Salud		Pago		Planilla		Planilla		Límite		Pago		Banco			Días Mora		Valor	
2020-02		2020-02		03227579		9403227579		I		2020/03/06		2020/03/05		BANCO AV VILLAS			0		\$271,700	
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																				
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIES				
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC		
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$877,803	\$140,500	\$877,803						\$109,800	\$0	\$0	\$877,803			
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$877,803	\$140,500	\$877,803						\$109,800	\$0	\$0	\$877,803			
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$877,803	\$140,500	\$877,803						\$109,800	\$0	\$0	\$877,803			
1	CC 65739423	QUEVEDO LUZ		230301	30	\$877,803	\$140,500	EP5008	30	\$877,803	\$109,800		0	\$0	\$0	14-11	30	\$877,803		
Total		Afiliados(1)				\$877,803	\$140,500			\$877,803		\$109,800		\$0	\$0	\$877,803				

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65739423		QUEVEDO TAFUR LUZ MILA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	TRAN 79 C # 68 A - 16 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7524247	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2020-02	2020-02	03227579	9403227579	I	2020/03/06	2020/03/05	BANCO AV VILLAS	0	\$271,700	
RESUMEN DE PAGO										
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR		
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500		
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500		
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400		
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400		
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800		
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800		
TOTAL				1	\$271,700	\$0	\$0	\$271,700		