

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

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

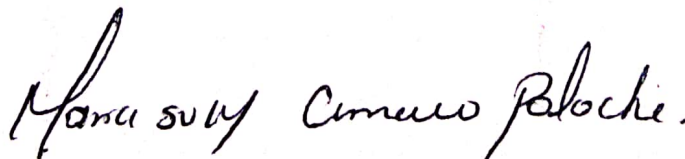
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA SULY CUMACO POLOCHE

C.C 1105057314 DE COYAIMA (TOLIMA)

La suma de 1'558,122, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar de odontología) en la unidad (CAPS CABAÑAS) Por contingencia COVID 19 durante el periodo de 1 de junio al 30 de junio de 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2355



MARIA SULY CUMACO POLOCHE

C.C. 1105057314 DE COYAIMA (TOLIMA)

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 468200057189

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		MARIA SULY CUMACO POLOCHE										
TIPO DE DOCUMENTO		CC	X	CE	NO		1105057314					
CORREO ELECTRONICO		sulycumaco@outlook.com					CELULAR		3202022842			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD												
UBICACIÓN DEL SERVICIO		PAPS LAURELES					SEDE:		Pablo VI			
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA30E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		468200057189					PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2355		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 6	
NÚMERO DE CDP		574		FECHA		20/04/2020	
		NÚMERO DE CRP		23201		FECHA	
						30/04/2020	
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES 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
				1	6	2020	30
VALOR HONORARIOS MENSUALES: 8 377						\$1.558.122	
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		NO APLICA	

OBSERVACIONES: se apoyan otras actividades por plan de contingencia covid 19, entrega de insumos y otras actividades por realizar

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$9.348.732
VALOR EJECUTADO	\$ 7.790.610
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$ 1.558.122
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.558.122
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9406407253	877.805	\$109.800	\$26.400	3	\$21.400	157.600

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de junio del año dos mil veinte(2020) lo anterior para que surta el pago pertinente, cordialmente

IBETH JOSEF MORA MURCIA
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA SULY CUMACO POLOCHE
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS

Version
Fecha de
Elaboración
Código

Nombre
Institución



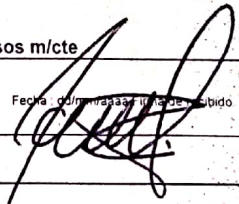
Utilización del Servicio:		PAPS LAURELES		Base: PAPS 0 y 0000																			
NO. DE CONTRATO:		2300		Periodo certificado desde el																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		MARIA DEL CARMEN PELOCHE		<table border="1"> <tr> <th>Una</th> <th>Una</th> <th>Una</th> <th>Una</th> <th>Una</th> <th>Una</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> </table>		Una	Una	Una	Una	Una	Una	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Una	Una	Una	Una	Una	Una																		
1	1	1	1	1	1																		
1	1	1	1	1	1																		
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y asistencia 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.																							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productiva ☒ SI ☐ NO ☐ Seriosa ☐ SI ☒ NO ☐																							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS																				
Prestar la atención odontológica para el primer nivel de atención, acorde con los servicios ofertados y programas del modelo de atención en salud.	SI	Elaboración de los informes de la atención de la consulta para registrar y preparar oportunamente los materiales necesarios para la atención propia del paciente.	orden de servicio odontológico																				
participar en el diseño, ejecución e evaluación de los proyectos integrales de salud oral que se desarrollan por la institución o la localidad.	SI	demanda inducida e información en general de los servicios ofrecidos en la localidad.	demanda inducida																				
participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución.	SI	participación en la OAT 4,6,8 y reuniones.	actas odontológicas																				
propiciar buenas relaciones de coordinación con el equipo de trabajo, para lograr una prestación de servicio oportuno y eficaz.	SI	tener una buena comunicación en el momento de prestar el servicio al usuario y a la comunidad.																					
Apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud derivadas de la información y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural a programas o proyectos de la institución.	SI	realizar las notificaciones pertinentes y acciones en el proceso de atención.	formatos de notificación																				
presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de las obligaciones contractuales, a la instancia pertinente de acuerdo a las actividades encomendadas y seguir lineamientos y programaciones establecidos por la institución.	SI	Realización de informes según actividades.	informes																				
promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	SI	cuidar los equipos e implementos dados para las actividades a realizar.	Asistencia																				
Desarrollar y apoyar 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 notificaciones y motivar a la comunidad para el cuidado de su salud.	Formatos de notificación																				
tener encuentro en las comunidades que se realice todo los procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente.	SI	adherencia en la guía y profesión en materia de salud.	Organizaciones Institucionales Clínicas																				
Realizar el control de autocuidado, autorregulación y auto-gestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	SI	NO	NO																				
apoyar el desarrollo y estrategias de participación social con el fin de garantizar las intervenciones en salud.	SI	promoción de higiene y desinfección.	entre pacientes y personal																				
participar en la elaboración y actualización en el diagnóstico de salud en la localidad.	SI	participación en campañas.	asistencia y otros temas																				

asignar la referencia y la contrareferencia cuando se requiera dentro de las estrategias de las redes de servicio de salud	SI	referencia y contra referencia	estrategia carrusel
Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	Realizar las notificaciones pertinentes y acuerdos 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 acuerdos 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.	SI	adherencia en la guías y protocolos en manejo del usuario	SI
Reportar oportunamente las anomalías que se presente durante la presentación del servicio	SI	Realización diligenciamiento de formato verificación de consultorio	diligenciamiento a diario de la carpeta
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.	SI	realización de actividades asignadas	SI
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de los servicios programados	SI	Estar pendiente de las agendas de los odontólogos	agendas completas

OBSERVACIONES: APOYO PLAN DE CONTINGENCIA COVID 19 EN URGENCIAS ODONTOLÓGICAS CAPS CABAÑAS

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$ 1,558,122) un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veinte y dos pesos m/cte

Hana suliy Cuis Polache
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC 1105057314

Fecha de entrega de los servicios:
 supervisor: 

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

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF					
Identificacion	Clave	Planilla	Planilla	PRINCIPAL	Carrera 872 sur 14	BIGOTA BOGOTA D.E.	5555555	No					
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave		Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th></th></th>	Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th></th>	Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th>	Planilla <th>Planilla</th>	Planilla					
Periodo	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla					
2020-03	144704126	90000723	1	2020/06/01	2020/06/01	BANCO DAVIVIENDA							
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES		NOVEDADES		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificacion	Nombre	Importe	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase	Clase
SU SALARIO PRINCIPAL (1 AÑILLOS)													
Carrera de Trabajo Principal (1 Añillos)													
1	90000723	CUANDO MORA	\$26,400	IBC	\$26,400	\$26,400	\$26,400	\$26,400	\$26,400	\$26,400	\$26,400	\$26,400	\$26,400
2	90000723	CUANDO MORA	\$21,400	IBC	\$21,400	\$21,400	\$21,400	\$21,400	\$21,400	\$21,400	\$21,400	\$21,400	\$21,400
Total Aportado (1)													
\$175,200													

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF		
Identificacion	Clave	Planilla	Planilla	PRINCIPAL	Carrera 872 sur 14	BIGOTA BOGOTA D.E.	5555555	No		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION		Clave <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th></th></th></th>		Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th></th></th>	Planilla <th>Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th></th>	Planilla <th>Planilla <th>Planilla</th> </th>	Planilla <th>Planilla</th>	Planilla		
Periodo	Pago	Clave	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla	Planilla		
2020-03	144704126	90000723	1	2020/06/01	2020/06/01	BANCO DAVIVIENDA				
RESUMEN DE PAGO		CODIGO		NT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFILIADOS (1)										
CCF	25-14	900,116,004	7	1			\$26,400	\$0	\$0	\$26,400
AFILIADOS (1)	25-14	900,116,004	7	1			\$26,400	\$0	\$0	\$26,400
AFILIADOS (1)	14-11	800,903,790	5	1			\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
AFILIADOS (1)	14-11	800,903,790	5	1			\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
AFILIADOS (1)	CCF24	860,004,942	7	1			\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
AFILIADOS (1)	CCF24	860,004,942	7	1			\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
AFILIADOS (1)	EP017	900,116,264	2	1			\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
Total										
\$175,200										