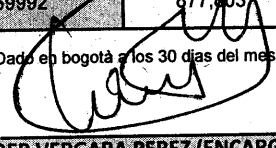
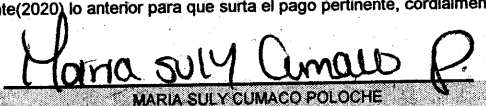


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión	3					
					Fecha de aprobación	15/02/2018					
					Código	04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MARIA SULLY CUMACO POLOCHE							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.	1105057314			
CORREO ELECTRONICO:				sulcumaco@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	%		
		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		10 DE 10			
NÚMERO DE CDP		1597	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP		47728	FECHA	06/11/2020		
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	DIA	MES	AÑO
					1	11	2020		30	11	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				8.377		\$1.558.122					
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		NO APLICA			
OBSERVACIONES:											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO								VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$15,581,220			
VALOR EJECUTADO								\$15,581,220			
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 <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 COFINCIACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
9411869992	877,803	\$109,800	\$140,500	3	\$21,400	271,700					
Dado en Bogotá a los 30 días del mes de noviembre del año dos mil veinte(2020) lo anterior para que surta el pago pertinente, cordialmente											
											
WILBER VERGARA PEREZ (ENCARGADO)						MARIA SULLY CUMACO POLOCHE					
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						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: 03/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Unidad de Planeación y Gestión</small>
---	--	--	---

Ubicación del Servicio:	PAPS LAURELES	Sede: PABLO VI BOSA					
No. DE CONTRATO:	2355	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA SULY CUMACO POLOCHE	C. C.	1	11	2,020	a	
			DE	30	11	2,020	
				1,105,057,314			

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Prestar la atención odontológica para el primer nivel de atención, acorde con los servicios, beneficios y proyectos del modelo de atención en salud.	SI	Estar pendiente de los odontólogos, en el momento de la consulta, para disponer y preparar oportunamente los materiales necesarios para la actividades propias del servicio.	orden de servicio odontológico
participar en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud oral, que se establezcan 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 UAT-ULC y reuniones	actas asistenciales
propiciar buenas relaciones de coordinación con mi 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	formatos diligenciados
Apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural o programas o proyectos de la institución.	SI	realizar las notificaciones pertinentes y acordes en el proceso de atención.	formatos de notificación
presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de las obligaciones contractuales, a la instancia pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación 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	Asistencial
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 en cuenta en las consultas, que se realice todo los procedimientos de acuerdo a la normatividad vigente	SI	adherencia en la guías y protocolos en manejo del usuario	diligenciamiento historias clínicas
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.	SI	N/A	N/A
apoyar el desarrollo y estrategias de participación social con el fin de garantizar las intervenciones en salud	SI	protocolos de limpieza y desinfección	entre paciente y paciente
participar en la elaboración y actualización en el diagnóstico de salud en la localidad	SI	participación en campañas	asistencial y extra mural

Realizar la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera dentro de las estrategia de las redes de servicio de salud	SI	referencia y contra referencia	estrategia carrusell
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.	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:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$ 1,558.122) Un millon quinientos cincuenta y ocho mil ciento y dos pesos M/CTE

Maná su/4 *Emilio Polache*
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 2110509314

Fecha: dd/mm/aaaa Firma del recibido supervisor

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	Exon. Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1106957314			INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 873 sur 14	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555555		

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave	Clave
Pensión	Salud	Pensión	Salud	Pensión	Salud	Pensión	Salud	Pensión	Salud
2020-10	38418335	9411869992							

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (3 Afiliados)																							
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliado)																							
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliado)																							
1	CC 1106957314	CUMACIO MARIA	20-14	30	\$877,803	\$140,500	\$877,803	30	\$877,803	\$140,500	\$877,803	30	\$877,803	\$140,500	\$877,803	30	\$877,803	\$140,500	\$877,803	30	\$877,803	\$140,500	
Total Afiliados(1)																							

Resumen General de Pago

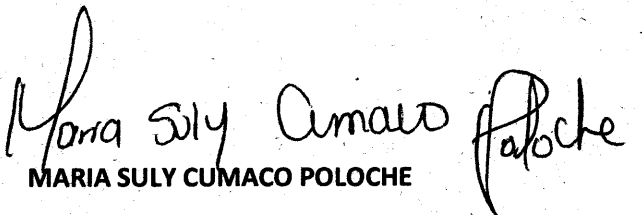
DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Subcursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	No
CC 1105057314		CUMACD POLOCHE MARIE SULLY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 873 sur 14	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	5555535		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Clave	Pago	Planilla	Planilla	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2020-10	34618435	9411869992	1	2020/11/05	2020/11/09	BANCO DE OCCIDENTE	0	\$289,300	
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
COLPENSIONES		25-14	900,336,004	7	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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
COMPENSAR		CCF24	860,066,942	7	1	\$17,600	\$0	\$0	\$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
NUEVA E.P.S.		EPS037	900,156,264	2	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL					1	\$289,300	\$0	\$0	\$289,300

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
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 COYAIMA TOLIMA

La suma de un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veinte y dos pesos m/cte.
1.558.122, por concepto de: servicios prestados como auxiliar de odontología, durante el
periodo de 01 de noviembre al 30 de noviembre 2020, de conformidad con lo establecido
en el contrato de prestación de servicios No 2355/ 2020.


MARIA SULY CUMACO POLOCHE

C.C. 1105057314 COYAIMA TOLIMA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 468200057189