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:	FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52062183							
CORREO ELECTRONICO:	flormarinafonseca@yahoo.es				CELULAR:	3138988716							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					PABLO VI								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Salud oral -ODONTOLOGIA GENERAL				SEDE:	CAPS CABAÑAS							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA27E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4800294417										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4191-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 de 8			
NÚMERO DE CDP	1242	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	37198	FECHA	30/08/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y /o asistencial en el area de salud oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.SE. De acuaerdo al requerimiento institucional.**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO		HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	9	2020			30	9	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES: $1.558.122				186 Horas ($8.377)						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			NO APLICA				

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11,374,291
VALOR EJECUTADO	$11,374,291
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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8345030316	$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,

LUZ DARY CAMPOS MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Flor M. Fonseca S
FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS CABAÑAS			Sede: PABLO VI							
No. DE CONTRATO:	4191 de 2020	Periodo certificado desde el:	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	9	2,020		30	9	2,020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ		C. C.	52.082.183			DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y *lo* asistencial en el area de salud oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.SE. De acuaerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI _X__ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
. 1. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	SI	Evolucion diaria de historias clinicas, rips y consentimientos informados	Registro de historia clinica de Higiene oral en Dinamica
2.Atender la consulta programada con rendimiento de tres consulta por hora(higienista).	SI	Realizo las actividades de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de consulta y programaciones asistenciales.	Rips y registro de actividades
3. Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SI	Presento evaluaciones programadas	Referente de salud oral.
4. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	SI	Elaboró las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente,	Registro de historia clinica de Higiene oral en Dinamica
5. Remitir a los pacientes a odontologia general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)	SI	Apoyó la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS en salud oral	Formato de demanda inducida a odontologia, y promocion y prevencion
6. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.	SI	Aplicó las normas, guías y protocolos de bioseguridad y llevar a cabo los procesos de sanitización de acuerdo a lo establecido a nivel institucional y la normas vigentes.	Revision y auditorias
7. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral	SI	Realizó las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	Metas por referente de salud oral
8. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista)	SI	Entrego mensualmente informe de gestion	Referente de salud oral.
9. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos	SI	apoyo a facturacion en los servicos prestados	Seguimiento de facturas

10. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista	SI	Asumo el 100% en glosas con soportes veridicos	Seguimiento de facturas
11.Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	SI	Pregunto los 4 inequivocos para identificacion del paciente	Historias clinicas
12. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	SI	Realizó las actividades pertinentes para asistir al odontologo en el cumplimiento de las agendas programadas o urgencias	Referente de salud oral y Lider
13. Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente	SI	Esterilizo y desifecto el instrumental, preparo materiales para la atencion	Lider y Odontologo
14. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	SI	Preparo el consultorio verificando insumos, estado de instrumental y unidades	Lider y Odontologo
15. Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados.o. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	SI	Reviso y facturo tratamientoa terminados, controlo el consumo de insumos	Seguimiento de Facturacion
16. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	SI	Participó en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	Formato de insumos en dinamica
17.Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SI	Cumplo y aplico normas, guias y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio	Auditorias
18. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	SI	Las demas actividades que sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato	Lider y Referente de salud oral

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.558.122 UN MILLON QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTI DOS pesos MCTE

Flor Marina Fonseca Sanchez. C.C. 52.062.193 de Bta

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Flor M. Fonseca S

Fecha : dd/mm/aaaa 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): FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ
Nit: CC 52062183
Dirección: DG 51 A SUR 10 16 ESTE
Teléfono: 3658362 **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	FLOR MARINA FONSECA S.
Tipo y Número de Identificación	52062183
Número de Verificación Planilla	8345030316
Fecha Aprobación	9/4/2020
Número de Autorización de Pago	3477686
Banco	1023
Valor Devolución	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización pensión	Agosto 2020
Periodo cotización salud	Agosto 2020
Periodo cotización arl	Agosto 2020
Número de planilla asociada	4
Total Pagado	$289.300
Total Intereses Mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$21.400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	$140.500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Filiar	$17.600	1
EPS010	EPS Sura	$109.800	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	VDE	VAE	VDP	VAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	SALARIO INTEGRAL	EXTRANJERIA	CORRECCIONES O APORTANTE	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	32062183	FONSECA SANCHEZ FLOR MARINA	EPS010	25-14	CCF24																			877.803	877.803	877.803	877.803	0			140.500	0	0	105.900	0

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

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	archive (2).zip	archive (2).zip	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ.pdf	FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marina agosto.jpg	marina agosto.jpg	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ

C.C 52.062.183 DE BOGOTA

La suma de 1'558,122, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar salud oral) en la unidad (CAPS CABAÑAS) durante el periodo de 1 de septiembre al 30 de septiembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4191

Flor M. Fonseca S.

FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ

C.C. 52.062.183 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 4800294417