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:	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			11DE12			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/20	NÚMERO DE CRP	53118	FECHA	30/11/20			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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.S.E de acuerdo al requerimiento institucional									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2020		31	12	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:	$14.819.093
VALOR EJECUTADO	$14.819.093
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 **mínimo** 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
9413067046	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

dado en Bogota a los 31 días del mes de diciembre de 2020. lo anterior para que surta el pago pertinente.Cordialmente

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR LIDER ENCARGADA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR
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	3/04/2017	
		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	12	2020		31	12	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 exita subordinacion ni relacion 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 _X___ 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 infomación 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 informacion 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 trescienros secenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y un pesos m/c ($ 1365451

Juz Hilg Quevedo Taylor C-C 65 739.923 NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	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.

en línea

Resumen General de Pago

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	59293228	9413067046	I	2020/12/07	2020/12/07	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	65739423 QUEVEDO LUZ	230301	30	$877,803	$140,500	EPS008	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

en línea

Resumen General de Pago

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	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	59293228	9413067046	I	2020/12/07	2020/12/07	BANCO DE OCCIDENTE	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

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR

C.C 65.739.423 DE IBAGUE (TOLIMA)

La suma de un millón trescientos sesenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y un pesos m/c (1.365.451), por concepto de: actividades en consultorio odontológico en atención de urgencias odontológicas durante el periodo de 01 DE DICIEMBRE DE 2020 al 31 DE DICIEMBRE DE 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2348-2020.

Luz Mila Quevedo Tafur

Nombre de contratista

LUZ MILA QUEVEDO TAFUR DE IBAGUE (TOLIMA)

C.C 65.739.423

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62485860458