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:	MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	24.042.257							
CORREO ELECTRONICO:	saleimartinez@gmail.com				CELULAR:	313-8220957							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS CENTRO DIA								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Proceso Gestión Clinica Ambulatoria-(USS Centro Día) FO04E01				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO04E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0073 8062 8615								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2198-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12			
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	2020-12-23	NÚMERO DE CRP		59493	FECHA	31/12/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestón con AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA		MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							

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:	$18.697.464
VALOR EJECUTADO	$18.697.464
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9414790363	$877803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**271700**

Dado en Bogotá, en el mes de Enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO C
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ
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:	USS CENTRO DIA					**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	**2198-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	1	2.021		31	1	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ		**C. C.**	24.042.257			**DE**	SANTANA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará 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 _X__ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio.	si	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio	Asistí al odontólogo en todas las actividades diarias para el buen cumplimiento de su atención.
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	si	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.	Contribuí en la recepción y dirección de los pacientes a su servicio.
Asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural.	si	Asisiti a las reuniones programadas por el proceso	No se programaron reuniones
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	si	Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clínica, dictada por el odontólogo.	Colaboré y asisti en forma adecuada al odontologo en la consulta programada además de diligenciar la historia clinica según indicaciones del odontologo
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	si	Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo	Llevé a cabo proceso de limpieza, desinfección y esterilizaciónde instrumenta y equipos además de la preparación de materiales y medicamentos requeridos por el odontologo para su atención. Elaboré formatos de indicador quimico, biológico
Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista.	si	Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Realicé alistameinto de consultorio para la adecuada atención del pacientes programados a consulta.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Manejé de forma adecuada y oportuna los pedidos de materiales y dispositivos medicos
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	cumplí a las normas, procedimientos, y manuales establecidos por la institución
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	si	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	Ejecuté todas las actividades asignadas por mi supervisor acordes al objeto de mi contrato
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio	si	Velé por inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro correspondiente.	Hice entrega y recibido diariamente de equipos del consultorio con respectivo registro.
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Porté adecuadamente mi uniforme y carnet institucional
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	si	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.			
Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol	si	Ejecute las actividades propias de mi cargo según criterios de autocontrol.	Llevé a cabo todas las actividades correspondientes a mi cargo
Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	si	Salvaguarde los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.	Velé por el cuidado y manejo de los equipos y elementos puestos a mi desposición para el buen desarrollo de mis actividades laborales
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución	si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Acaté las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.
Participar en el proceso de acreditación en salud del Hospital.	si	Participe desde mi que hacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital	Desde mis actividades diarias tuve participación activa en el proceso de acreditración en salud de la institución. Realicé reporte de sucesos de seguridad.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.558.122 Un Millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidos pesos m/cte.

MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ.
C.C. 24.042.257

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:MARIA ALEIDA SUAREZ MARTINEZ. C.C. 24.042.257

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA ALEIDA SUÁREZ MARTÍNEZ
C.C 24.042.257 DE SANTANA

La suma de Un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidós mil pesos ($1.558.122), por concepto de: prestación de servicios como Aux Higine oral y/o Aux odontología con un total de 186 horas a $8.377 hora durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2198-2020. •

MARÍA ALEIDA SUÁREZ MARTÍNEZ
C.C. 24.042.257 DE SANTANA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0073-8062-8615

Firma: Aleida Suárez
C.C 24042257 de Santana

aportes 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 24042257		SUAREZ MARTINEZ MARIA ALEIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 76A N 84 37 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2111111	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	851958952	9414790363	I	2021/01/18	2021/01/05	BANCO DAVIVIENDA	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 24042257	SUAREZ MARIA	25-14	30	$877,803	$140,500	EPS017	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

2021/01/05 03:06 PM