

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U
ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA
PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3
Fecha de aprobación 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JENNIFFER ROMERO VILLARREAL										
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1018.404.942					
CORREO ELECTRONICO:				je.lu.s1018@gmail.com				CELULAR:		3123455996				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								PAPS 60 VISION DE COLOMBIA (SU51)						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Gestión clínica ambulatoria Uss Vision de Colombia (SU51E01)				SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		SU51E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				00 7590395021						PENSIONADO		No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS														
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2297-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				12-12		
NUMERO DE CDP		1958	FECHA	23/12/2020	NUMERO DE CRP		59567	FECHA		31/12/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de Odontología/Higienista										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
					1	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.558.122				VALOR POR HORA (\$8,377)						
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 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 de 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES								
8347593000	\$877.803	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700								
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de enero del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,														
 CLAUDIA PATRICIA ROSERO LIDER DE SEDE NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:				 JENNIFFER ROMERO VILLARREAL AUXILIAR E HIGIENISTA 1018404942 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA										

<p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión 2 Fecha de aprobación 3/04/2018 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
--	--	--	---

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA	Sede: PAPS 60 VISION COLOMBIA														
No. DE CONTRATO:	2297-2020	Periodo certificado desde el														
		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2021</td> <td></td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	1	2021		31	1	2021
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	1	2021		31	1	2021										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>C. C.</td> <td>1018404942</td> <td>DE</td> <td>BOGOTA</td> </tr> </table>	C. C.	1018404942	DE	BOGOTA										
C. C.	1018404942	DE	BOGOTA													

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 ODONTOLOGIA/HIGIENISTA ORAL de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1° APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA		ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATENCION AL PACIENTE	SATISFACCION DEL PACIENTE EN LA ATENCION
2° APOYAR A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES BASICAS		SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	SATISFACER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN LA ATENCION
3° DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGIBILIDAD, OPORTUNIDAD E INTEGRIDAD		DILIGENCIAMIENTOS DE LOS FORMATOS	DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS
4° REALIZAR A CADA PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL PROFESIONAL TRATANTE SEGUN COMPETENCIA		REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL	REALIZAR LA PROMOCION Y PREVENCION EN CADA PACIENTE
5° APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD SEGUN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.		CUMPLIR LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE	SEGURIDAD PARA CADA PACIENTE
6° ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO.		INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFORME SOBRE 3.0
7° RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.		CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS	CARPETAS DE MANTENIMIENTOS DE EQUIPOS AL DIA
8° PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.		VIRTUAL CONVERSATORIO, ULC, UAT ODONTOLOGIA	VIRTUAL CONVERSATORIO, ULC, UAT ODONTOLOGIA
9° NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.		SE ESTA NOTIFICANDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y POR LA MESA DE AYUDA POR LA PLATAFORMA DE LA SUBRED	ESTE MES NO SE NOTIFICO
10° CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADemás DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS		SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS
11° APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGUN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES		SE APOYA A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL	SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PROMOCION Y PREVENCION
12° REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED		SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA	INFORME MENSUAL
13° ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE		SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO, CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES	CERTIFICACION DE PAGO COMPLETA
14° REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO		SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR \$1.558,122 UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS M/TCE

 NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL CC 1.018.404.942	Fecha 01/2021 Firma de recibido supervisor:
--	---

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
No. Identificación: CC1018404942
Dirección: CLL 84 B SUR 8 D 18
Telefono: 7687548
Correo: je.lu.s1018@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347593000

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
Tipo y número de identificación	CC1018404942
Número de planilla	8347593000
Fecha pago	2020-12-29
Número de autorización pago	24366287
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Número de Administradoras	4
Total Pagado	289300
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018404942
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	877803	877803	877803	877803	109800	0	140500	0	21400	0

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
No. Identificación: CC1018404942
Dirección: CLL 84 B SUR 8 D 18
Telefono: 7687548
Correo: je.lu.s1018@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347593000

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	JENNIFFER ROMERO VILLARREAL
Tipo y número de identificación	CC1018404942
Número de planilla	8347593000
Fecha pago	2020-12-29
Número de autorización pago	24366287
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2020
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2020
Número de Administradoras	4
Total Pagado	289300
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018404942
APELLIDOS Y NOMBRES: JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	877803	877803	877803	877803	109800	0	140500	0	21400	0

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

C.C 1018404942 DE BOGOTA

La suma de 1.558.122, por concepto de: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como auxiliar de odontología /Higienista. durante el periodo de 01 al 31 de ENERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2297-2020

Jennifer Romero
JENNIFFER ROMERO VILLARREAL

C.C.1018404942 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 007590395021