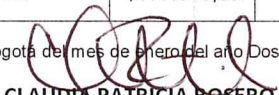
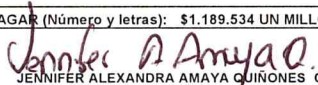
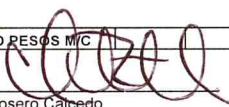


 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 15-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Jennifer Alexandra Amaya Quiñones							
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	x	C.E.	NO.		53030993		
CORREO ELECTRONICO:		walter01101@hotmail.com				CELULAR:		314-2127556	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		U.S.S 48-SAN PABLO							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (U.S.S 48 SAN PABLO)FO05E01				SEDE:		Fontibon	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO05E01	100%						
ENTIDAD FINANCIERA:		Davivienda				TIPO DE CUENTA:		Ahorros	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		007369999813						PENSIONADO	No
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2199-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12	
NÚMERO DE CDP		1958	FECHA	23/12/20	NÚMERO DE CRP		59494	FECHA	2020-12-31
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED 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		DIA 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						\$18.328.876			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.189.534			
VALOR A LIBERAR						\$368.588			
SALDO POR EJECUTAR						\$368.588			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						98%			
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES			
9414882057	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700			
Dado en Bogotá del mes de enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente, <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  CLAUDIA PATRICIA ROSERO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div>  Jennifer Alexandra Amaya Quiñones NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>									

 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: 03/04/2018 Código: 04-02-FO-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</small>	
Ubicación del Servicio:		U.S.S 48 SAN PABLO		Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	2199-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	
			1	1	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JENNIFER ALEXANDRA AMAYA QUINONES	C. C.	53030993	DE BOGOTÁ	
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 Odontología 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	
cumpli con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atención del odontólogo e higienista del consultorio		si	realice todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atención del odontólogo e higienista del odontólogo		cumpli con todas mis actividades	
garantizar el trato humanizado hacia todos nuestros usuarios (Externos e internos)		si	preste mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros usuarios (externos e		preste mis servicios con trato humanizado	
asistir a las reuniones programadas del proceso de atención intramural		si	Asisti Conversatorio 22/01/21		Asisti Conversatorio 22/01/21	
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.		si	Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada		se atendieron pacientes programados	
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 atención de la consulta programada. Diligencie historia clínica.		se asistió al odontólogo en procedimiento	
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, desinfección y esterilización de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencé formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometría, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo		se realizó limpieza y desinfección de todos los equipos	
Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.		si	Preparé el ambiente del consultorio para la atención, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo e higienista		asistí al odontólogo para facilitar la actividad con el usuario	
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.		si	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.		se realizó pedido	
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.		si	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.		cumplí con las normas	
Todas las demás 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		realice actividad inherente a 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		salvaguarde el inventario	
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.		si	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.		porte adecuadamente mi uniforme	
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.		si	Realice mis actividades adhiriéndome a los manuales de bioseguridad y esterilización		realice mis actividades	
OTRAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS:						
Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol.		si	Ejecute las actividades propias de mi cargo según criterios de autocontrol.		si realice todas mis actividades establecidas en mi contrato	
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		cuido los equipos bajo mi custodia	
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.		si realice todas mis actividades establecidas en mi contrato	
Participar en el proceso de acreditación en salud de la subred sur occidente		si	Participo desde mi quehacer diario en el proceso de acreditación en salud de la subred		si cumpli con las actividades	
OBSERVACIONES:						
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.189.534 UN MILLON CIENTO OCHENTA Y NUEVE MIL QUINIENTOS TREINTA Y CUATRO PESOS M/C						
 JENNIFER ALEXANDRA AMAYA QUINONES C.C. 53.030.993			Firma de recibido supervisor:  Dra. Claudia Patricia Rosero Calcedo.			
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	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 53030993		AMAYA QUINONES JENNIFER ALEXANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CALLEZANO 17 PISO 4	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5830631	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	e	Valor
2020-12	2020-12	1000000995	9414882057	1	2021/01/25	2021/01/13 BANCO BOGOTA	0	0	\$271,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION		230201	800,229,739	0	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARL SURA		14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
FAMISANAR		EPS017	830,003,564	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL					1	\$271,700	\$0	\$0	\$271,700

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENNIFER ALEXANDRA AMAYA QUIÑONES

CC 53030993 DE BOGOTA

La suma de \$1.189.534 un millón ciento ochenta y nueve mil quinientos treinta y cuatro pesos m/cte por concepto de prestación de servicios de salud como auxiliar de odontología con total de 142 horas, con un valor por hora de \$ 8.377 ocho mil trescientos setenta y siete pesos, durante el periodo del 12 al 31 de ENERO de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2199-2020.


NOMBRE DEL CONTRATISTA

JENNIFER ALEXANDRA AMAYA QUIÑONES

CC 53030993 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 007369999813