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:	ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1024511290							
CORREO ELECTRONICO:	nanisstephanny780@gmail.com				CELULAR:	3193220788							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA				SEDE:	USS ALQUERIA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
			SU52E01	100%									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24046567327										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2195-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11				
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP		52999	FECHA	30/11/2020			
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	DIA	MES	AÑO			
		1	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$17.139.342
VALOR EJECUTADO	$17.139.342
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	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9413565817	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de DICIEMBRE del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Ma. del Pilar Cuello

Maria Del Pilar Cuello
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angie Stephanny Mendez P.

Angie Stephanny Mendez Peña
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital 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	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C			

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA					**Sede: USS 63 ALQUERIA**			
No. DE CONTRATO:	2195-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA		**C. C.**		1.024.511.290		**DE**		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIO PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA/ HIGIENISTA 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 INTITUCION.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	Periodo certificado desde el	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES	**PROGRAMADO**	**EJECUTADO**	**ACTIVIDADES REALIZADAS**	**PRODUCTOS ENTREGADOS**
1. Actividades diarias relacionadas con el mantenimiento del consultorio odontologico, aplicación de los procedimientos definidos para el area.	100%	100%	Se realizaron los procesos de aseo desinfección y organización del consultorio diariamente.	Se realizaron todas las actividades establecidas.
2. Asistir al profesional en odontología en la realización de procedimientos.	100%	100%	Se realizó la asistencia de instrumentación, preparación de materiales, organización de pacientes diariamente al odontólogo del centro de atención.	Se realizó todos los procedimientos.
3. Disponer oportunamente de los materiales, elementos, equipos, instrumental necesario para el desarrollo de las actividades propias del odontólogo.	100%	100%	Se organizaron los paquetes de instrumental requerido para cada actividad efectuada para el odontólogo del centro de atención.	Se utilizó todo lo necesario para la atención.
4. Esterilizar preparar y responder por el material médico quirúrgico, instrumental, equipos y elementos en su empleo.	100%	100%	Se realizó el proceso de esterilización de instrumentos de acuerdo con el los procedimientos establecidos.	completando el producto
5. Participar en las actividades de organización, limpieza, desinfección y mantenimiento de las unidades y consultorio odontológico.	100%	100%	Se realizaron los procesos de aseo desinfección y organización del consultorio diariamente de acuerdo a lo establecido.	Se participó diariamente de acuerdo a lo establecido.
6. Reclamar y entregar historias clínicas a estadística como parte del soporte de auxiliar de consultorio en los puntos de atención. Cumpliendo los procedimientos de custodia de historia clínica.	100%	100%	Se recibieron de estadística las historias clínicas según agenda debidamente revisadas con listas de chequeo.	Se realiza actividad establecida sin ningún inconveniente.
7. Realizar el registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el empleo.	100%	100%	Se efectuó el registro de pacientes de rips.	Diariamente se participó en la administración de los recursos informáticos según las normas y procedimientos establecidos.
10. Preparar al usuario para la valoración toma de radiografías de acuerdo con los principios técnicos y de bioseguridad.	No aplica	No aplica	No aplica.	No aplica.
11. Rebelar radiografías haciendo uso de la normatividad vigente.	No aplica	No aplica	No aplica.	No aplica.
12. Elaborar los pedidos de materiales de consumo y devolutivos con el visto bueno del supervisor de la orden a cargo de salud oral.	100%	100%	Se elaboró pedido de materiales en el presente mes.	Se aplicó procedimiento correctamente.
13. Dar uso racional a los equipos que el hospital le suministre para el desarrollo de la orden, mantener actualizado los formatos de control de fecha de vencimiento del material odontológico.	100%	100%	Se suministró el uso de los materiales odontológicos.	Se le dio un uso adecuado a todos los insumos de odontología.
14. Solicitar el mantenimiento correctivo de los equipos al supervisor de la orden.	100%	100%	Se realiza el mantenimiento de los equipos por parte del supervisor encargado.	Se programa mantenimiento a tiempo.
15. Participar en actividades intra y extra murales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atención de la comunidad.	100%	100%	Se apoyó la realización de actividades educativas efectuadas en el punto de atención.	Se realiza apoyo.
16. Diligenciamiento de manera clara y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el desarrollo de su actividad.	100%	100%	Se efectuó el registro de pacientes en rips.	Si se realizó.
17. Reporta oportunamente anomalías en la presentación del servicio.	100%	100%	No se presentaron anomalías en el servicio.	Ningún inconveniente.
18. Verificar la existencia y conservación de insumos.	100%	100%	Se revisaron fechas de vencimiento a la totalidad de materiales odontológicos y condiciones de almacenamiento.	completando el producto
19. Participación en actividades en los procesos y procedimientos inherentes a su actividad.	100%	100%	se participo en las diferentes actividades que ofrece la subred.	se programó satizfactoriamente.
20. Aplicar las competencias que para el ejercicio como auxiliar de consultorio odontológico defina por el ministerio de protección social el marco del desarrollo leal vigente.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Totalmente realizados.
21. Cumplir con el manejo de bioseguridad de la institución y manejo de desechos patógenos	100%	100%	Se realizaron los actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Adherencia al manual de bioseguridad.

22. Cumplir con el manual de procedimientos de la institución.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Adherencia al manual de procedimientos y procesos.
23. Cumplir con los protocolos, normas técnicas, guías de manejo, propias del área.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Adherencia al manual de seguridad.
24. Participar con los comités y reuniones que la subgerencia de servicio y/o el profesional especializado le suministre para el desarrollo de la orden.	100%	100%	Conversatorios, ULC, UAT	Acta de asistencia
25. Cumplir con las actividades programadas asignadas por la institución.	100%	100%	Se desarrollaron las actividades de acuerdo al establecido.	Adherente al manual de procesos y procedimientos.
26. Dar cumplimiento a la normatividad vigente relacionada con el diligenciamiento de historias clínicas, registros de rips, referencia.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a lo establecido.	Adherente con todo lo establecido.
27. Cumplir con el lineamiento para la prevención del riesgo biológico empleado de forma obligatoria, los elementos de protección personal.	100%	100%	Se realizan las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Se cumplió cabalmente.
28. Presentar de acuerdo a los cortes definidos por la institución informe mensual de gestión y aquellos solicitados por el supervisor de contrato.	100%	100%	Se presentó informe de actividades realizadas en el actual mes	Informes del mes presente
29. Cumplir con el programa de gestión ambiental y directrices del comité de infección intra hospitalaria.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Se cumple con los parámetros establecidos.
30. Realizar cuenta de cobro y anexo a soporte de salud de acuerdo con la ley.	100%	100%	Se anexa informe de actividades y constancia de pagos de aportes a seguridad social.	Se entrega información completa de acuerdo a la solicitado.
31. Conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud pos y pos.s.	100%	100%	Se tiene conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud pos y pos.s.	Conozco el plan obligatorio del POS y POS.S.
32. Mantenerse actualizado en la reglamentación, normas, guía de atención necesarias para el desempeño de su labor.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Se tiene en cuenta las normas y guías de manejo.
33. Velar por el adecuado uso y custodia de los elementos y equipos suministrados por la institución para el desarrollo de la orden.	100%	100%	El instrumental se guarda y se almacena dando condiciones de conservación y seguridad.	Materiales y equipos en buen estado.
34. Brindar trato humano ético y cálido con el cliente interno y externo de la institución.	100%	100%	Se brinda la atención a los usuarios con ética y calidez.	Se cumple con lo establecido.
35. Las demás actividades que sean a fines con la naturaleza del contrato.	100%	100%	No se programó.	No se programó.
36. Obrar con lealtad y buena fe evitando todo tipio de dilaciones o trabamiento que pudieran entorpecer la gestión del hospital.	100%	100%	Se desarrolla el objeto con buena fe y honestidad.	No se presentan dilaciones ni inconvenientes en la gestión.
37. Presentar al área financiera cuenta por pagar y al supervisor del contrato copia del recibo del pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social de los porcentajes que indica la ley para tal fin.	100%	100%	Se presenta la copia del recibo mensual, con los porcentajes al sistema de seguridad social con los porcentajes indicados.	Se entregan el 100% de la información.
OBSERVACIONES:				
TOTAL A PAGAR (Numero y letras): UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDÓS PESOS ($1.558.122)				
ANGIE STEPHANY MENDEZ PEÑA NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:			Fecha y firma de recibido: ___/___/___ Ma. del Pilar Quelbh.	
Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.				

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA

C.C 1.024.511.290 DE BOGOTA

La suma de un millón quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidós pesos m/cte. (1.558.122), por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de odontología en la USS 63 ALQUERIA, durante el periodo de 01 al 31 de Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2195-2020.

ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA

C.C 1.024.511.290

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 240465567327

en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024511290		MENDEZ PEÑA ANGIE STEPHANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 # 7 ESTE 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5754784	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	821436454	9413565817	I	2020/12/22	2020/12/04	BANCO CAJA SOCIAL	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700
1	CC	1024511290	MENDEZ ANGIE	230301	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0	No	$271,700
Total Afiliados(1)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0		$271,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024511290		MENDEZ PEÑA ANGIE STEPHANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 # 7 ESTE 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5754784	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	821436454	9413565817	I	2020/12/22	2020/12/04	BANCO CAJA SOCIAL	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700