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:	Alba Lucia Bernal Torres											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52130286						
CORREO ELECTRONICO:	LUCIABERNAL74@hotmail.com				CELULAR:	3123214292						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PAPS ESTACION				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA29E06	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62439127941								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4037-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	60210	FECHA	31/12/2020			
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	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$971.732									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.694.720
VALOR EJECUTADO	$11.499.517
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$971.732
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$971.732
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 $2194508 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
8342519307	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes de ENERO del año Dos mil veinte (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente: cordialmente.

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALBA LUCIA BERNAL TORRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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 ESTACION										
								Sede: PABLO VI			
No. DE CONTRATO:	4037	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	1	2.021		31	1	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALBA LUCIA BERNAL TORRES		C. C.	52130286			DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicio de apoyo a la gestión administrativa Y/o asistencial en el area Salud Oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar actividades de consultas, procedimientos, atenciones de higiene oral ambulatoria, establecer diagnósticos y planes de tratamiento requerido por el paciente acorde con las guías de manejo y protocolos adoptados por el Hospital.	SI	1. Realizar actividades de consultas, procedimientos, atenciones de higiene oral ambulatoria, establecer diagnósticos y planes de tratamiento requerido por el paciente acorde con las guías de manejo y protocolos adoptados por el Hospital.	historia clinica -rips
2. Participar en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan para la institución, la localidad o en el área de influencia.	SI	2. Participar en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan para la institución, la localidad o en el área de influencia.	reuniones UAT capacitaciones de secretaria de educacion
3. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución.	SI	3. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución.	reuniones uat historia clinica
4. Utilizar de manera racional los recursos asignados para la prestación de servicios.	SI	4. Utilizar de manera racional los recursos asignados para la prestación de servicios.	demanda inducida historia clinica
5. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios.	SI	5. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios.	hims historia clinica plan de beneficios
6. 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 la normas vigentes	SI	6. 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 la normas vigentes	resultados de auditorias
8. Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución.	SI	8. Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución.	demanda inducida hims
9. 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	9. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	soporte o evidencia
10. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	SI	10. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	evaluacion de guias
11. 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	11. 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.	informe mensual
12. Elaborar las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de consulta y programaciones asistenciales.	SI	12. Elaborar las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de consulta y programaciones asistenciales.	calificacion virtual, firmar asistencia
13. 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.	SI	13. 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.	soporte o evidencia
14. 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	14. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	cumplimiento de la agenda

Escaneado con CamScanner

16. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	SI	16. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	actas de la capacitacion
17. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	SI	17. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.	evidencia en la historia clinica
18. 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	18. 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.	formatos demanda inducida
19. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	SI	19. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	actas de la actualizacion
20. Reportar oportunamente las anomalías que se presenten durante la prestación del servicio	SI	20. Reportar oportunamente las anomalías que se presenten durante la prestación del servicio	soporte del reporte
21. 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	21. 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.	informe mensual de la higienista
22. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su actividad o perfil	SI	22. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su actividad o perfil	calificacion actas UAT
23. Participar en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.	SI	23. Participar en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.	actas
24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	SI	24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	reportes necesarios
25. Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de servicios programados	SI	25. Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de servicios programados	atencion en agendas
26. Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.	SI	26. Las demás actividades que le sean asignadas y sean afines con la naturaleza del objeto del contrato.	UAT ulc historia clinica

OBSERVACINOES:

TOTAL A PAGAR (971,732) NOVECIENTOS SETENTA Y UNO MIL SETECIENTOS TREINTA Y DOS PESOS M/CTE

52130786

Fecha:

Firma de recibido supervisor:

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52130286	ALBA LUCIA BERNAL TORRES		kr 36 # 1 f - 59	4762291	oswaldobarrera_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DAMMSSAAAA)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DAMMSSAAAA)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	1	04/01/2021	405127775	289.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
23038/1	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de información

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALBA LUCIA BERNAL TORRES
C.C 52.130.286 DE BOGOTA

La suma de Novecientos sesenta y un mil setecientos treinta y dos m/cte. $971.732, por concepto de: Prestar de servicios de apoyo a la Gestión Administrativa y/o Asistenciales en el área de Higiene Oral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. E.S.E por parte de Higiene Oral asistencial durante el periodo de 1 al 31 de enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4037-

ALBA LUCIA BERNAL TORRES
C.C 52.130.286 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO: 62439127941

Escaneado con CamScanner

Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

☐	ENERO pdf.pdf	ENERO pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO pdf.pdf	FEBRERO pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO pdf.pdf	MARZO pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRL pdf.rar	ABRL pdf.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO pdf.rar	MAYO pdf.rar	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO pdf.pdf	JUNIO pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO pff.pdf	JULIO pff.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO pdf.pdf	AGOSTO pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE pdf.pdf	SEPTIEMBRE pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	OCTUBRE pdf.pdf	OCTUBRE pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	NOVIEMBRE pdf.pdf	NOVIEMBRE pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	DICIEMBRE PDF.pdf	DICIEMBRE PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Escaneado con CamScanner