

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:		ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C.	X	C.E.	NO.	1024511290		
CORREO ELECTRONICO:	anistephanny780@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
			SU52E01	100%			
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL			TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24048567327			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	12 DE 12
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020
		NÚMERO DE CRP	59490
		FECHA	31/12/2020

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión 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	1	2021		18	1	2021

VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$820.946
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL
RESERVA DE GLOSA 0%	\$0

OBSERVACIONES: Suspension de contrato por licencia de maternidad a partir del día 19 de Enero de 2021

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

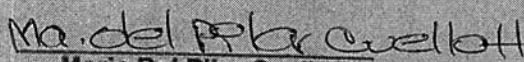
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$18.697.464
VALOR EJECUTADO	\$17.960.288
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$820.946
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$737.176
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

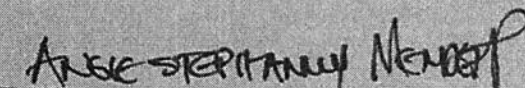
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
9414706086	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

Dado en Bogotá a los (18) días del mes de ENERO del año DOS MIL VEINTIUNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


 Maria Del Pilar Cuello
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


 Angie Stephanny Mendez Peña
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



Ministerio de Salud
Unidad de Gestión de Servicios de Salud
Sur Occidente S.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 2/04/2017
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		Día Mes Año	
						1 1 2.021		18 1 2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANGIE STEPHANNY MENDEZ PERA		C. C.		1.024.511.290		DE BOGOTÁ	
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 INSTITUCION.									
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ 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 odontológico, aplicación de los procedimientos definidos para el área.	100%	100%	Se realizaron los procesos de auto inspección y organización del consultorio diariamente.		Se realizaron todos 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 odontológico, instrumental, equipos y elementos en su empleo.	100%	100%	Se realizó el proceso de esterilización de instrumentos de acuerdo con el los procedimientos establecidos.		Cumplimiento 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 auto desinfección y organización del consultorio diariamente de acuerdo a lo establecido.		Se participó diariamente de acuerdo a lo establecido.				
6. Recaudar y entregar historias clínicas a estadística como parte del soporte de auxiliar de consultorio en las partes de atención. Cumpliendo los procedimientos de custodia de historia clínica.	100%	100%	Se recibieron de estadística las historias clínicas según agenda debidamente revisadas con fines de chequeo.		Se realizó 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 el paciente para la valoración toma de radiografías de acuerdo con los principios técnicos y de bioseguridad.	No aplica	No aplica	No aplica.		No aplica.				
11. Realizar radiografías haciendo uso de la normatividad vigente.	No aplica	No aplica	No aplica.		No aplica.				
12. Elaborar los pedidos de materiales de consumo y reactivos que 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 suministra para el desarrollo de la orden, mantener actualizado los formularios de control de fecha de vencimiento del material odontológico.	100%	100%	Se suministró el uso de los materiales odontológicos.		Se lo dio un uso adecuado a todos los usuarios de odontología.				
14. Solicitar el mantenimiento preventivo de los equipos al supervisor de la orden.	100%	100%	Se realizó el mantenimiento de los equipos por parte del supervisor encargado.		Se programó mantenimiento a tiempo.				
15. Participar en actividades intra y extra muros 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 realizó 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. Responder oportunamente anomalías en la prestación del servicio.	100%	100%	No se presentaron anomalías en el servicio.		Ninguna 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.		Cumplimiento el producto.				
19. Participación en actividades en los procesos y procedimientos inherentes a su actividad.	100%	100%	Se participó en las diferentes actividades que ofrece la subred.		Se programó satisfactoriamente.				
20. Aplicar las competencias que para el ejercicio como auxiliar de consultorio odontológico define por el ministerio de protección social el título del desarrollo legal vigente.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.		Totalmente realizados.				

21. Cumplir con el manual de bioseguridad de la institución y manejo de desechos patológicos.	100%	100%	Se realizaron las 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.	Adherencia al manual de procesos y procedimientos.
26. Dar cumplimiento a la normatividad vigente relacionada con el diligenciamiento de historias clínicas, registros de rpi, referencia.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a lo establecido.	Adherencia 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 rúbrics definidos por la institución informe mensual de gestión y aquellos solicitados por el supervisor de control.	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 solicitud.
31. Conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud pos y pos.	100%	100%	Se tiene conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud pos y pos.	Conocen 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 sepan a fines con la naturaleza del contrato.	100%	100%	No se programó.	No se programó.
36. Obrar con lealtad y buena fe evitando todo tipo de dilaciones o trabas 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 (Número y letras): OCHOCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS (\$820.946)

ARIBE STEPHANNY MENDOZA P

ARIBE STEPHANNY MENDOZA PÉREZ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha y firma de recibido:

MA. DEL ROSARIO QUELLO

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 OCHOCIENTOS VEINTE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS (\$820.946) pesos m/cte., por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de odontología en la USS 63 ALQUERIA, durante el periodo de 01 al 18 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2195-2020.

ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA
ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA

C.C 1.024.511.290
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 240465567327

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024511290		MENDEZ PERANGIE STEPHANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 # 7 ESTE 35	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	975-4784	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Periodo	Salud	Planilla	Límite	Pago	Valor
2020-12	850345570	1	2021/01/23	2021/01/04	\$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO		NOVEDADES				PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	Código	Días	IBIC	Aporte	Código	Días	IBIC	Aporte	Código	Días	IBIC	Aporte	Código
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)															
1	CC 1024511290	MENDEZ PERANGIE				\$877,803				\$877,803				\$877,803	
Total Afiliados (1)															
						\$877,803				\$877,803				\$877,803	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	DV	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024511290		MENDEZ PERANGIE STEPHANNY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 34 # 7 ESTE 35	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	975-4784	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Tipo	Fecha	Pago	Valor
Periodo	Salud	Planilla	Límite	Pago	Valor
2020-12	850345570	1	2021/01/23	2021/01/04	\$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	800.224.809	8	1	\$140,500	\$0	\$0	\$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
ARL SURIA	14-11	890.903.790	5	1	\$21,400	\$0	\$0	\$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
FAMISANAR	EP5017	830.003.564	7	1	\$109,800	\$0	\$0	\$109,800
TOTAL				1	\$271,700	\$0	\$0	\$271,700