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:	382 DE 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 7			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	35224	FECHA	30/06/2021			
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	7	2021		31	7	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.005.720									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES HORAS CONTRATADAS 116 VALOR DE LA HORA $ 8,377

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.045.760
VALOR EJECUTADO	$7.040.040
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.005.720
VALOR A LIBERAR	$0
	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	87%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8351454279	$908.526,00	$113.600	$145.500	3	$22.200	**$281.062**

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes de JULIO 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

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CONSULTA EXTERNA		**Sede: USS OLARTE**						
No. DE CONTRATO:	382 del 2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2,021		31	7	2,021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALBA LUCIA BERNAL TORREZ		**C. C.**	52.130.286				BOGOTÁ	

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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profecional del servicio en las actividades del area	SI	Presto la atención dentro de la consulta en apoyo del profesional asignado	asistencial
Apoyar a los pacientes en sus necesidades basicas	SI	reporto oportunamente las anomalias que se puedan presentra durante la consulta	asistencial
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad. Oportuna e integralidad	SI	aplico lineamientos normas y adherencia en las guias/ protocolos en manejo del usuario	realice diligenciamiento de formatos en dinamica
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según compentencia	SI	realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales en el area asignada	cumplimiento de uets y lineamientos propuestos por la institucion
Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de la garantia de la calidad según requerimientos de la subred	SI	apoyo en el desarrollo de estrategias de participacion con el fin de garantizar la efectividad de las intervenciones de salud	dar informacion adecuada al usuario/acertada y divulgacion de sus derechos y deberes
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento	SI	presento informes periodicos y completos sobre el desarrollo de mis abligaciones contractuales a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	cumplir mensualmente con los informes requeridos/rips que muestran la veracidad de actividades realizadas
responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	SI	evaluo junto con el equipo de salud las necesidades durante el servicio/ equipos bio-medicos en funcion y custodia	hacer buen uso de las instalacionse / elementos para garantizar la consulta
Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	participo activamente en las reuniones designadas por el supervisor	asistir a ls UAT -ULC-ULG Y Participar en temas de interes para mejorar el servicio de odontologia
Notificar las fallas y dar caridad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SI	realiazo las notificaciones pertinentes acorde en el proceso de atencion- en las diferentes plataformas institucionales	realizar reportes de eventos adversos - compliaciones o riesgos que atenten contra la seguridad del usuario
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos	SI	identifico necesidades y participo en actividades para solucionar problemas en el area de la salud oral	gestionar las necesidades y poder participar en soluciones al a comunidad
Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	SI	Preparo y presento conforme a la competencia los informes .solicitudes ,peticiones o respuestas requeridas por la entidad	Realizo demanda inducida a las diferentes areas del servicio para mejorar la productividad de la institucion
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	SI	realizo historia clinicas,consentimientos según protocolos establecidos	cumplir mensualmente con los informes requeridos/rips que muestran la veracidad de actividades realizadas
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones, y riesgos profecionales mensualmente	SI	pago mis aportes al sistema general de seguridad social integral duarante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos	cuplir mensualmente con el pago de sistema general de seguridad dentro de los tiempos establecidos
obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecucion del presente contrato, de acuerdo al codigo del buen gobierno y etica institucional o profecional	SI	garantizo la custodia de la informacion y la gestion documental de los soportes que se generen duranye la ejecucion de mis actividades	hacer nuen uso de la informacion /historias clinicas /consentimientos informados según lineamientos
cumplir con la adherencia de las guias de manejo manuales instructivos protocolos procesos y procedimientos institucionales	SI	aplico lineamientos normas y protocolos que garanticen la adecuada prestacion del servicio dando cumplimiento a los estandares institucionales	aplicar durante la consulta todos los lineamientos y adherencioa a guias relizando procedimientos seguros
velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos o bienes muebles entregados a titulo de prestamo para la ejecucion de las actividedes propias del presente contrato	SI	reporto oportunamente las anomalias que se puedan presentra durante la consulta	promuevo el cuidado y la custodia del patrimonio institucional dado a mi cuidado
ejecutar las acciones preventivas o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los organos externos supervisor del contrato directrices internas	SI	evaluo junto con el equipo de salud la eficiencia y el impacto de los programas ofresidos a la comunidad	participar en la uat de odontologia

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 Un millón cinco mil setecientos veinte m/cte. $1.005.720 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 julio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 382 de 2021

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 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

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ENERO PDF.pdf	ENERO PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRER0 PDF.pdf	FEBRER0 PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO PDF.pdf	MARZO PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL PDF.pdf	ABRIL PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO PDF.pdf	MAYO PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO PDF.pdf	JUNIO PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Señor(es): ALBA LUCIA BERNAL TORRES
Nit: CC 52130286
Dirección: kr 36 # 1 f - 59
Teléfono: 4762291 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

	ALBA LUCIA BERNAL TORR
	52130286
	8351454279
	7/6/2021
	44166436
	1023
	$0

	1
	Junio 2021
	Junio 2021
	Junio 2021
	4
	$299.400
	$0

CODIGO ENTIDAD	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE APORTANTES
14-11	ARL SURA	$22.200	1
230301	Porvenir	$145.400	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$18.200	1
EPS005	Sanitas EPS	$113.600	1

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