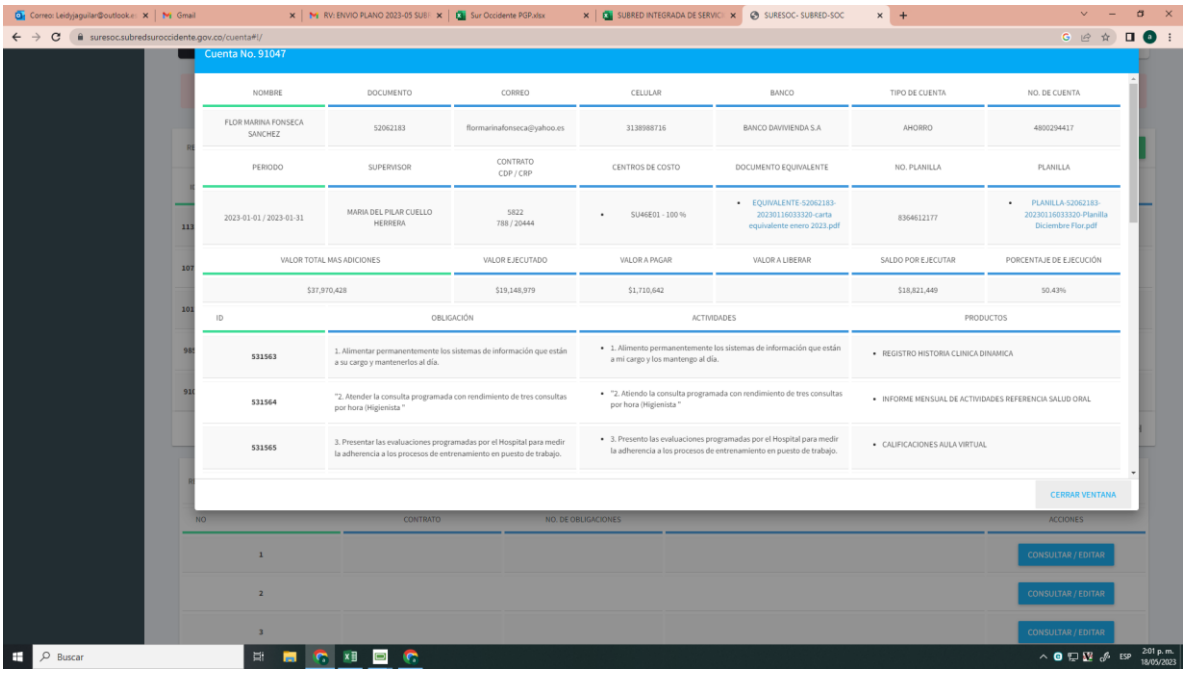

Correo: Leidyjaguilar@outlook.e
Gmail
RV: ENVIO PLANO 2023-05 SUB
Sur Occidente PGP.xlsx
SUBRED INTEGRADA DE SERVIC
SURESOC- SUBRED-SOC
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Cuenta No. 91047
NOMBRE
DOCUMENTO
CORREO
CELULAR
BANCO
TIPO DE CUENTA
NO. DE CUENTA
FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ
52062183
flormarinafonseca@yahoo.es
3138988716
BANCO DAVIVIENDA S.A
AHORRO
4800294417
PERIODO
SUPERVISOR
CONTRATO CDP / CRP
CENTROS DE COSTO
DOCUMENTO EQUIVALENTE
NO. PLANILLA
PLANILLA
2023-01-01 / 2023-01-31
MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
5822 788 / 20444
SU46E01 - 100 %
EQUIVALENTE-52062183-20230116033320-carta equivalente enero 2023.pdf
8364612177
PLANILLA-52062183-20230116033320-Planilla Diciembre Flor.pdf
VALOR TOTAL MAS ADICIONES
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
VALOR A LIBERAR
SALDO POR EJECUTAR
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$37,970,428
$19,148,979
$1,710,642
$18,821,449
50.43%
ID
OBLIGACIÓN
ACTIVIDADES
PRODUCTOS
531563
1. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.
1. Alimento permanentemente los sistemas de información que están a mi cargo y los mantengo al día.
REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
531564
"2. Atender la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista "
"2. Atiendo la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista "
INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
531565
3. Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.
3. Presento las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.
CALIFICACIONES AULA VIRTUAL
CERRAR VENTANA
NO
CONTRATO
NO. DE OBLIGACIONES
ACCIONES
1
CONSULTAR / EDITAR
2
CONSULTAR / EDITAR
3
CONSULTAR / EDITAR
Buscar
ESP
2:01 p. m.
18/05/2023

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ
No. Identificación: CC52062183
Dirección: DG 51 A SUR 10 16 ESTE
Telefono: 3658362
Correo: FLORMARINAFONSECA@YAHOO.ES
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8364612177

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC52062183	**Periodo de Cotización Salud**	diciembre de 2022
Número de planilla	8364612177	**Periodo de Cotización Pensión**	diciembre de 2022
Fecha pago	2023-01-10	**Número de Administradoras**	4
Número de autorización pago	3450549	**Total Pagado**	329400
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8364612177

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	24400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	160000	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	20000	1
EPS010	EPS Sura	125000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52062183
APELLIDOS Y NOMBRES: FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS010	25-14	1000000	1000000	1000000	1000000	125000	0	160000	0	24400	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ

C.C 52.062.183 DE BOGOTA

La suma de $1.710.642, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar salud oral) en la unidad (USS ASUNCION BOCHICA) durante el periodo del 1 de Enero al 31 de Enero de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5822/2023

Flor M Fonseca S

FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ

C.C. 52.062.183 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 4800294417

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	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52062183			
CORREO ELECTRONICO:	flormarinafonseca@yahoo.es				CELULAR:	3138988716			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA GENERAL 36 ASUNCION BOCHICA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	SU46E01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4800294417						PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	5822			VIGENCIA		2022		
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20444	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2023-01-01		2023-01-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,710,642					
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A				

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:	$37,970,428
VALOR EJECUTADO	$19,148,979
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,710,642
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$18,821,449
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8364612177	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	1. Alimento permanentemente los sistemas de información que están a mi cargo y los mantengo al día.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Atender la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista "	"2. Atiendo la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista "	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
3. Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	3. Presento las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	CALIFICACIONES AULA VIRTUAL
4. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	4. Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
5. Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	5. Remito a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA
6. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	6. Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA, FORMATOS Y ACTAS ARCHIVO USS ASUNCION BOCHICA
7. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	7. Contribuyo en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	FORMATOS USS ASUNCION BOCHICA ODONTOLOGIA
8. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el último día del mes luego de realizarlo (higienista).	8. Realizo el informe de gestión mensual y hago entrega el último día del mes luego de realizarlo (higienista).	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
9. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste	9. Apoyo los procesos de facturación de los servicios que presto	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
10, Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	10, Recepciono al paciente que va a ser atendido y verifico que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	ORDENES DE SERVICIO, FORMATOS USS ASUNCION BOCHICA
11. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	11. Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	FORMATOS USS ASUNCION BOCHICA ODONTOLOGIA
12. Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	12. Esterilizo y desinfecto el instrumental y equipo, preparo los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	FORMATOS USS ASUNCION BOCHICA ODONTOLOGIA
13. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	13. Preparo el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilito la actividad profesional del odontólogo e higienista.	FORMATOS USS ASUNCION BOCHICA ODONTOLOGIA
14. Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados.	14. Reviso y tramito facturas de tratamientos terminados.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
15. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	15. Elaboro y controlo adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	DINAMICA Y FORMATOS USS ASUNCION BOCHICA ODONTOLOGIA
16. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	16. Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	ACTAS USS ASUNCION BOCHICA
17. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	17. Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	18. Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO

Copia Certificada Subred Suroccidente