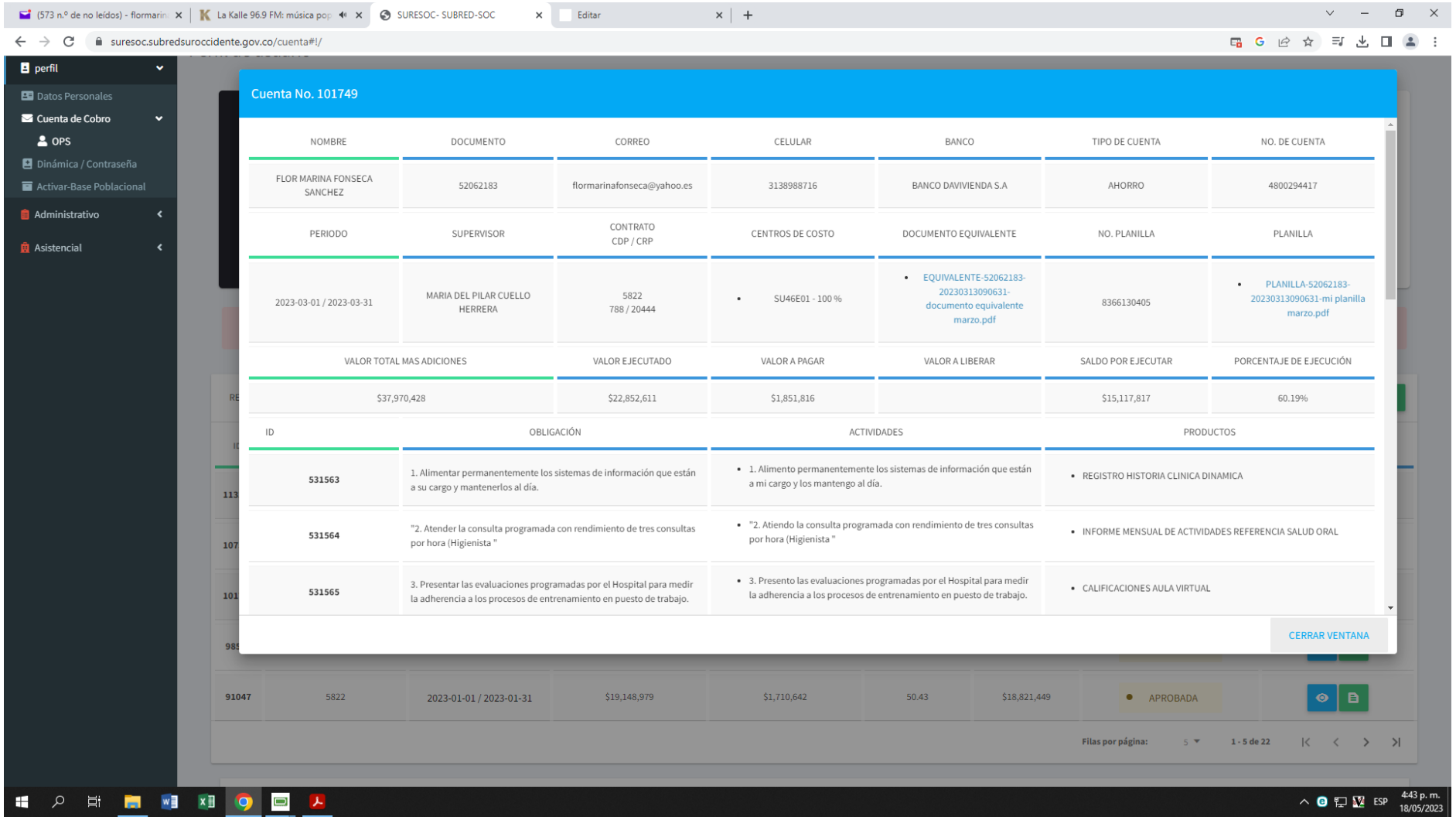

(573 n.º de no leídos) - flormarin
La Kalle 96.9 FM: música pop
SURESOC- SUBRED-SOC
Editar
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Cuenta No. 101749
NOMBRE
DOCUMENTO
CORREO
CELULAR
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
2023-03-01 / 2023-03-31
MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
5822 788 / 20444
SU46E01 - 100 %
EQUIVALENTE-52062183-20230313090631-documento equivalente marzo.pdf
8366130405
PLANILLA-52062183-20230313090631-mi planilla marzo.pdf
VALOR TOTAL MAS ADICIONES
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
VALOR A LIBERAR
SALDO POR EJECUTAR
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$37,970,428
$22,852,611
$1,851,816
$15,117,817
60.19%
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
91047
5822
2023-01-01 / 2023-01-31
$19,148,979
$1,710,642
50.43
$18,821,449
APROBADA
Filas por página:
1 - 5 de 22
ESP
4:43 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:** 8366130405

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** | febrero de 2023 |
| **Número de planilla** | 8366130405 | **Periodo de Cotización Pensión** | febrero de 2023 |
| **Fecha pago** | 2023-03-09 | **Número de Administradoras** | 4 |
| **Número de autorización pago** | 84136301 | **Total Pagado** | 366000 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8366130405

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 12200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 185600 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | 23200 | 1 |
| EPS010 | EPS Sura | 145000 | 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 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 12200 | 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 $1.851.816, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar salud oral) en la unidad (USS ASUNCION BOCHICA) durante el periodo del 1 de marzo al 31 de marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5822.

Flor M. Fonseca S.

**FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ**

**C.C. 52.062.183 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 4800294417**

Powered by CamScanner

**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 $1.851.816, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar salud oral) en la unidad (USS ASUNCION BOCHICA) durante el periodo del 1 de marzo al 31 de marzo de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5822.

Flor M. Fonseca S.

**FLOR MARINA FONSECA SANCHEZ**

**C.C. 52.062.183 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NUMERO 4800294417**

Powered by CamScanner

| 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 | | |
| | | | 2023-03-01 | | 2023-03-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,851,816 | | | | |
| 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 | $22,852,611 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $15,117,817 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 60% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8366130405 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo 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