| 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: | GLORIA PATRICIA USSA GOMEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52068937 | |
| CORREO ELECTRONICO: | JJP660@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 8021039 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ODONTOLOGIA GENERAL 79 CARVAJAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU57E01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590324815 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5648 | | | VIGENCIA | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 788 | FECHA | 2023-04-12 10:27:35.000 | NÚMERO DE CRP | 20448 | 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 | | | |
| | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | | |
| 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: | $39,523,342 |
| VALOR EJECUTADO | $26,556,243 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $12,967,099 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8367000576 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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 |
|---|---|---|
| Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área | 1:ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATECION AL PACIENTE , | 1:CARPETAS DE SOPORTE DE CONSENTIMIENTOS INFORMADOS DE LA ATENCION |
| Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. | "2. SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA " | 2:SE ATIENDA PACIENTE Y SE ENTREGA CODIGOS PARAPROXIMO CONTROL |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 3:REGISTRO DIARIO DE VERIFICACION Y SOPORTE EN LOS FORMATOS DESTINADOS PARA LAS DIFERENTES ACTIVIDADES , | 3:DILIGENCIAMIENTO DE LOS FORMATOS |
| Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | 4:REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL | 4:SE ENRUTA PACIENTE PARA SOLICITAR CITA Y ENTREGA DECODIGOS |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | "5:CUMPLO LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE " | 5:LIMPIEZA Y DESINFECCION |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | "6:INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR " | 6:":SE ENTREGA FORMATOS DE INSUMOS Y MEDICAMENTOS MENSUAL " |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 7:CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS | 7:MANTENERLOS EN BUEN ESTADO Y EN ORDEN |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 8.ASISTIR A REUNIONES DE CONVERSATORIO, ASEGURATE, ULC ,UAT ODONTOLOGIA. | 8:LISTADO DE ASISTENCIAS REUNIONES |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | 9:REALIZAR TICKETS DE CADA DAÑO Q SE PRESENTE POR EL SERVICIO | 9:ALMERA, SEGURIDAD DEL PACIENTE, TICKEST |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 10:SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED | 10:NORMAS BIOSEGURIDAD, LIMPIEZA Y DESINFECCION, ADECUADO MANEJO DE RESIDUOS E INSUMOS |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales | 11:SE APOYA A LA SUBRED EN LA ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS REALIZADOS POR LOS PROFESIONALES | 11;ENTREGA DE INSUMOS |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 12, SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA | 12:INFORME MENSUAL |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 13:SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO , CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES | 13:CUENTA DE COBRO |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | 14:SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES | 14;ASISTENCIA ENPROCEDIMIENTOS,CUMPLIMIENTO DE HORARIO, LIMPIEZA Y DESINFECCION, ESTERILIZACION |
| En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. | 15: INFORMO AL SUPERVISOR DEL CONTRATO DE SER NECESARIO LA INASISTENCIA AL SERVICIO. | 15: INFORMO OPORTUNAMENTE EN CASO DE SOLICITAR PERMISO POR EL APLICATIVO SURESOC. |
| )Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente. | 16:APLICO LINEAMIENTOS,NORMAS ,GUIAS Y PROTOCOLOS QUE SE GARANTICEN EN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO DANDO CUMPLIMIENTO A LOS ESTANDARES INSTITUCIONALES. | 16:UTILIZO RESPONSABLEMENTE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL. |
| Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado | 17:PARTICIPACION DEN ACTIVIDADES INTRA Y EXTRAMULARES PROGRAMADAS POR EL HOSPITAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS Y LA ATENCION A LA COMUNIDAD. | 17.ASISTI A LOS CONVERSATORIOS Y ULC Y DEMAS ACTIVIDADES QUE REQUIERA LA SURED. |

Copia Certificada Subred Sur Occidente