| 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: | NIVIA MARIA OSORIO MORENO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 39527816 | |
| CORREO ELECTRONICO: | niviamariaosoriomoreno@gmail.com | | | | CELULAR: | 7951289 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ESPACIO EDUCATIVO PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K29 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 8290268898 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2101 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1163 | FECHA | 2023-05-17 10:51:45.000 | NÚMERO DE CRP | 22809 | FECHA | 2023-05-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-05-01 | | 2023-05-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,998,070 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $19,635,381 |
| VALOR EJECUTADO | $15,504,042 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,131,339 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 79% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9449776309,9450953625,94510275 | $1,812,458 | $226,557 | $289,993 | 3 | $44,151 | $560,702 |

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 |
|---|---|---|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia. | Se realizan sesiones de Promoción de practicas al cuidado de la Salud Bucal en Colegios ubicados en la Localidad de Kennedy: Colegio Jairo Anibal Niño, Colegio Nelson Mandela. Total sesiones en curso = 48 sesiones. 10 sesiones con llamadas. Total: 58 Sesiones. | Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. |
| 2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos. | Se realizan sesiones de Promoción de practicas al cuidado de la Salud Bucal en Colegios ubicados en la Localidad de Kennedy: Colegio Jairo Anibal Niño, Colegio Nelson Mandela. Total sesiones en curso = 48 sesiones. 10 sesiones con llamadas. Total: 58 Sesiones. | Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. |
| 3. Realizar seguimiento a menores de cinco años canalizados con identificación del riesgo establecidos en el plan de choque. | • No se realiza. | • No Aplica. |
| 4. 4. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS. | • Se brinda información referente a la necesidad de completar el esquema de vacunación en los menores, asistir a los diferentes puntos de vacunación establecidos por las EPS. Aplicar adecuadamente prácticas de Autocuidado en prevención del COVID – 19. Solicitar citas de control para Promoción y Prevención en Salud Bucal, Auditiva y Visual. | No Aplica |
| 5. Notificar todos los eventos de interés en salud pública. | • Durante el mes de Mayo 2023, no se reportan. | No Aplica |
| 6. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública. | • No se realiza. | No Aplica |
| 7. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud. | • Se realizan canalizaciones al Servicio de Salud Bucal de menores valorados en Colegio. | Formato de Canalizaciones diligenciado y enviado al correo del Entorno Cuidador Educativo. |
| 8. Informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. | • Se orienta a los menores intervenidos en cuanto a sus Derechos y Deberes en Salud a fin de hacer uso efectivo y adecuado de su derecho a la Salud, asistiendo a control Odontológico, Crecimiento y desarrollo de manera periódica. | No Aplica |
| 9. Participar activamente en las jornadas de salud pública programadas por la Subred Sur Occidente. | • No se participa en Jornadas. | No Aplica. |
| 10. Seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | • No se realiza. | • No Aplica. |
| 11. Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. | • Se realiza entrega de Soportes de las intervenciones realizadas para Digitación a la Líder del proceso, con la calidad esperada. | Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. |
| 12. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio. | • Se realiza revisión a la calidad de los soportes entregados al Líder del proceso, recibiendo sugerencias y ajustando los soportes según revisión. | Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. |
| 13. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. | • Se entrega informe semanal y de la vigencia, de intervenciones realizadas, al líder del proceso de la Línea de Salud Bucal y soportes de las acciones realizadas. | Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. |
| 14. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS. | Se diligencia y entregan soportes para Auditoria: Producto: Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. | Formato Ficha de Verificación de la Técnica de Higiene Bucal, Actas de concertación. |
| 15. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS. | • Se participo en Reunión de Equipo del Entorno Cuidador Educativo de la SSO y Política de Salud Oral. | • Actas y listado de asistencia |
| 16. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles. | • Se brinda adecuado manejo de los Equipos he insumos entregados por la SSO, para el ejercicio de mis funciones como Odontóloga del Entorno Cuidador Educativo. | • No aplica |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 17. Pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes. | • Se cancelan los respectivos aportes a Seguridad Social correspondientes al mes de Abril 2023 en la Planilla. | • Planilla de pago SGSSS |
| 18. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades, | • No se genera Glosa | • No Aplica |
| 19. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al código del buen gobierno. | • Se genera pertenencia a la Institución donde laboro, obrando con responsabilidad, ética y lealtad. | • No Aplica |
| 20. Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación | • Se participa en los Conversatorios para acreditación de la SSO, entrega de Actas de participación. | • Actas de Conversatorio. |

Copia Certificada
Subred Suroccidente