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:	JENNIFER ROMERO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018404942	
CORREO ELECTRONICO:	je.lu.s1018@gmail.com				CELULAR:	3123455996	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA GENERAL CENTRO DIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO04E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590395021				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5825			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	19597	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
67323720	$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
1 APOYAR AL PROFESIONAL DEL SERVICIO EN LAS ACTIVIDADES DEL AREA. "	ASISTIR AL PROFESIONAL EN LA ATECION AL PACIENTE ,	SATISFACCION DEL PACIENTE EN LA ATENCION
2° APOYAR A LOS PACIENTES EN SUS NECESIDADES BASICAS.	SUPLIR LAS NECESIDADES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA	SATISFACER LAS NECESIDADES DEL PACIENTE EN LA ATENCION
3° DILIGENCIAR EN FORMA ADECUADA LOS FORMATOS O INSTRUMENTOS PROPIOS DE SU ACTUAR CON CRITERIOS DE LEGABILIDAD , OPORTUNIDAD E INTEGRIDAD	DILIGENCIAMIENTOS DE LOS FORMATOS	DILIGENCIAMIENTOS DE LOS FORMATOS
4° REALIZAR A CADA PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS ORDENADOS POR EL PROFESIONAL TRATANTE SEGÚN COMPETENCIA	REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL	REALIZAR PROMOCION Y PREVENCION DE SALUD ORAL
5° APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DEL SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTÍA DE LA CALIDAD SEGÚN REQUERIMIENTOS DE LA SUBRED.	CUMPLO LAS NORMAS DE BIOSEGURIDAD PARA LA ATENCION DE CADA PACIENTE	SEGURIDAD PARA CADA PACIENTE
6°ELABORAR INFORME MENSUAL SOBRE EL DESARROLLO Y AVANCE DE SUS ACTIVIDADES Y ENTREGARLAS AL SUPERVISOR DEL CONTRATO PARA LA CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO.	INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR	INFORME MENSUAL AL SUPERVISOR
7° RESPONDER POR LOS ELEMENTOS ENTREGADOS PARA EL DESEMPEÑO DE LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y ENTREGARLOS A LA PERSONA ENCARGADA EN CASO DE TERMINACIÓN DEL CONTRATO.	CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS	CUIDAR LOS EQUIPOS Y ESTAR PENDIENTE DEL MANTENIMIENTO DE LOS MISMOS
8° PARTICIPAR EN LAS JORNADAS DE CAPACITACIÓN, INDUCCIÓN, REUNIONES Y EVENTOS A LOS CUALES SEA CONVOCADO.	,CONVERSATORIO, ASEGURATE, ULC ,UAT ODONTOLOGIA	,CONVERSATORIO, ASEGURATE, ULC ,UAT ODONTOLOGIA
9° NOTIFICAR LAS FALLAS DE CALIDAD QUE SE PRESENTEN EN EL SERVICIO E IMPLEMENTAR LAS ACCIONES DE MEJORA DEFINIDAS PARA EL SERVICIO.	NO SE REALIZA NOTIFICACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE	NO SE REALIZA NOTIFICACION DE SEGURIDAD DEL PACIENTE
10° CONOCER Y DAR CUMPLIMIENTO A LOS PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA SUBRED, ADEMÁS DE APOYAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS MISMOS.	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS PROCEDIMIENTOS DE ODONTOLOGIA ESTABLECIDOS POR LA SUBRED	CUMPLIMIENTO DE PROCEDIMIENTOS
11° APOYAR A LA SUBRED EN LAS ACTIVIDADES QUE DEMANDE SEGÚN REQUERIMIENTOS INSTITUCIONALES	SE APOYA A LA SUBRED EN LA ATIVIDADES QUE DEMANDA DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD ORAL	SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA PROMOCION Y PREVENCION
12° REGISTRAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS RELACIONADAS CON LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, DE ACUERDO CON EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA SUBRED	SE DILIGENCIA EN EL INFORME MENSUAL LAS ACTIVIDADES REALIZADAS A CADA PACIENTE CON SU RESPECTIVA FACTURA	INFORME MENSUAL
13° ENTREGAR LA CONSTANCIA DE AFILIACIÓN Y EL PAGO AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, PENSIONES Y RIESGOS PROFESIONALES MENSUALMENTE	SE ENTREGA MENSUALMENTE LA CERTIFICACION DE PAGO , CERTIFICACION DE ACTIVIDADES Y PLANILLA DE PAGO CORRESPONDIENTE AL MES	CERTIFICACION DE PAGO COMPLETA
14° REALIZAR LAS DEMÁS ACTIVIDADES QUE LE SEAN ASIGNADAS ACORDES CON EL OBJETO DEL CONTRATO	SE REALIZAN ACTIVIDADES QUE EL SUPERVISOR DEL CONTRATO DESIGNE ACORDES A MIS ACTIVIDADES	SE DA CUMPLIMIENTO A LAS ACTIVIDADES DESIGNADAS POR EL SUPERVISOR DEL CONTRATO

Copia Controlada
Subred Sur Occidente