Secretaría de Salud / Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA LUCIA LANCHEROS GUTIERREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53132641	
CORREO ELECTRONICO:	olga1353@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA GENERAL PORVENIR				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA34E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488423738969				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5675			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20642	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			
		2023-08-01		2023-08-31			
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	$31,784,161
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,739,181
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	80%

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
9454003944	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
Supervisor

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
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	NO APLICA	NO APLICA
. Atender la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista	NO APLICA	NO APLICA
Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	Presento las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	CALIFICACIONES AULA VIRTUAL
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	NO APLICA	NO APLICA
Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	Remito a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)	ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA
. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	NO APLICA	NO APLICA
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Contribuyo en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el último día del mes luego de realizarlo (higienista).	NO APLICA	NO APLICA
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste	NO APLICA	NO APLICA
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	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 CAPS PORVENIR
. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	Esterilizo y desinfecto el instrumental y equipo, preparo los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad in-tegral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	Preparo el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilito la actividad profesional del odontólogo e higienista.	FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados.	NO APLICA	NO APLICA
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	. Elaboro y controlo adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	DINAMICA Y FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	. Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	ACTAS CAPS PORVENIR
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	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
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	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 Sur Occidente

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
Supervisor

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