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:	SANDRA LORENA TORRES LEON								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52916999			
CORREO ELECTRONICO:	slorena.leon@hotmail.com				CELULAR:	3007048754			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA GENERAL 49 INTERNACIONAL				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO06E01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	69928887367						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5676			VIGENCIA		2022		
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20613	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			
			2023-09-01		2023-09-30			
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	$33,963,507
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,559,835
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
70369150	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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
a. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	se mantiene alimentado el sistema de información	se mantiene alimentado el sistema de información
b. Atender la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora(higienista).	segun los lineamientos institucionales las consultas son de 1 cupo que equivale a 20 minutos de consulta	se dan cupos de 20 minutos para atención requerida
c. Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	a los colaboradores las diferentes areas nos hacen visitas y nos evalúan	por medio de listas de chequeos evalúan nuestro nivel de conocimientos de los temas
d. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	se debe llenar los datos legibles y correctos de los pacientes	dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999 se hace diligenciamiento de la historia clínica
e. Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	después de haber pasado por higiene oral , si el paciente lo requiere es remitido nuevamente al servicio de odontología general	se remiten pacientes para odontología general para la continuación del tratamiento odontológico
f. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	la subred suroccidente tiene establecido normas ,procedimientos y manuales donde los indica que debemos hacer en cada situacion	se cumplen con las normas establecidas por la subred sur occidente E.S.E
g. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	se contribuye atendiendo los diferentes compañeros de las areas en salud que nos hacen acompañamiento	desarrollo evaluaciones cuando se requieren
h. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el último día del mes luego de realizarlo (higienista). como higienista se hace mensualmente un informe	como higienista se hace mensualmente un informe de gestión dirigido a la líder	se realizo el informe de gestión remitido a la lider
i. Apoyar CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Celular 301 381 02 85 Tel 3753569/3756579 Ext 2509/2514 Calle 9 N° 39-46 Nit 900.959.048-4 los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	i. Apoyar CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Celular 301 381 02 85 Tel 3753569/3756579 Ext 2509/2514 Calle 9 N° 39-46 Nit 900.959.048-4 los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	NO APLICA
j. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga la responsabilidad el contratista.	se asume el costo de las glosas cuando hay algo irregular	verifico ingreso , tratamiento requerido y 4 inequívocos
k. Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	verificar los 4 inequívocos	cuando el paciente asiste a consulta se le pregunta nombre completo ,numero de cedula, fecha de nacimiento y edad.
l. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	la auxiliar apoya en la gestión del odontólogo	se atiende al paciente de urgencia y se registra en el formato establecido por la institución , con escala del dolor
m. Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo	Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registro la vida util de los dispositivos.
n. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	Preparé el ambiente del consultorio para la atención, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	atención a los pacientes con calidad.
ñ. Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados.	revisar y tramitar facturas en los tratamientos terminados	se hace evolucion de la historia clínica y en una casilla indico cuando el paciente termino su tratamiento
o. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	se hacen pedido según lo que se requiere en el servicio	en los lineamientos establecidos contamos con formatos de insumos donde tenemos el control de apertura y fechas de vencimiento
p. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	cumplir con las normas establecidas	cumplo con las normas y desarrollo mis actividades según lo establecido en los manuales

Copia Controlada
Subred Suroccidente

q. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	asegúrate del mes de septiembre prevención y reducción en la frecuencia de caídas y suceso de seguridad .
r. Alimentar permanentemente los registros del servicio que están a su cargo y mantenerlos al día.	llenar los diferentes formatos establecidos por la institución	diario se lleva un registro en los formatos que están establecidos en los manuales
s. Presentar las evaluaciones programadas por la institución para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	diario se lleva un registro en los formatos que están establecidos en los manuales	soy evaluada para medir mi nivel de adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo
t. Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio.	diligenciar formato de alistamiento del consultorio	se verifica diariamente el consultorio este apto para la atencion del paciente , diligenciando una planilla de verificación del consultorio
u. Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional.	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Presentación personal adecuada a lineamiento institucional.
v. Adherencia al manual de bioseguridad y estilización.	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Adherencia al manual de esterilización.
w. Uso adecuado del carnet según lineamiento institucional.	se porta el carnet para la identificacion correcta	PORTAR EL CARNET ADECUADAMENTE

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SANDRA LORENA TORRES LEON
CC. 52916999. Bogotá

La suma de Un millón ochocientos cincuenta y un mil ochocientos dieciséis pesos ($1.851.816), por concepto de: prestación de servicios como Aux Higiene oral y/o Aux odontología con un total de 186 horas durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de 2023, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5676-2022.

Nombre de contratista
SANDRA LORENA TORRES LEON
CC. 52916999. Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 69928887367
BANCOLOMBIA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52916999	SANDRA LORENA TORRES LEON	CARRERA 96a 25g 18	4748548	slorena.leon@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70369150	$382.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.100	382.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52916999	SANDRA LORENA TORRES LEON		CARRERA 96a 25g 18	4748548	slorena.leon@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-08	2023-08	I	11/09/2023	70369150	$382.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52916999	TORRES LEON SANDRA LORENA	59	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	145.000	14-11	1.160.000	3	28.300	CCF24	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información