| 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: | OLGA DEL CARMEN GARCES RUMIE | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 51948917 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ogarcesrumie@hotmail.com | | | | CELULAR: | 4058598 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ODONTOLOGIA GENERAL PATIO BONITO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE11E01 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380610316 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 596 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2625 | FECHA | 2023-10-31 10:11:12.000 | NÚMERO DE CRP | 53102 | FECHA | 2023-10-31 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ODONTOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,313,962 | | | | |
| 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: | $29,825,658 |
| VALOR EJECUTADO | $29,825,658 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,313,962 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1057372101 | $1,325,585 | $165,698 | $212,094 | 3 | $32,291 | $410,083 |

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

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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 |
|---|---|---|
| Realizar la Consulta de odontología de consulta externa según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud y/o donde el supervisor del contrato lo requiera | Atencion a los usuarios en odontología definidos para el primer nivel de atención acorde a los servicios planes y beneficios. | Realización de consulta odontológica en horarios y por agenda establecida, con principios de humanización. |
| Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan. | Prestar el servicio de salud adecuado al usuario, dependiendo del tipo de necesidades que requiera. | Entrega de remisiones y recepción de contra remisiones para realización de actividades requeridas. |
| Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente, y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro médico. | Realizacion de historias clinicas sistematizadas con los parametros establecidos de calidad. | Entrega de historias clínicas. consentimientos informados de manera sistematizada o física adecuadamente para su uso clínico. |
| Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. | Mantener la identficacion con trabajadora de la institucion y utilizar EPP | Uso de carnet dentro del lugar de trabajo y EPP |
| Aplicar las guías manejo clínico aprobadas por el hospital y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en evidencia. | Realizo apoyo diagnostico en las guías de manejo clínico proporcionadas por la institución para el correcto diagnóstico y manejo del usuario. | Aplicación y adherencia a guías de manejo clínico que competan a mi perfil. |
| En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada deberá informar oportunamente al supervisor del contrato y garantizar la reprogramación en la agenda. | Informo de manera oportuna a mi líder o supervisor la no asistencia, para no generar contratiempos ni molestias en los pacientes. | Realizar la reprogramación y garantizar la atención de los usuarios no atendidos. |
| Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio. | Informo de manera oportuna a mi líder o supervisor la no asistencia, para no generar contratiempos ni molestias en los pacientes. | Realizar la reprogramación y garantizar la atención de los usuarios no atendidos. |
| Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la auditoria interna y externa. | Realizo el cumplimiento de la agenda en el horario asignado establecido. | cumplimiento de agendas y horarios establecidos |
| seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros. | Realizo adherencia a guías, formatos y protocolos. | Presento auditorias en los estándares de calidad establecidos |
| Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en términos de calidez, seguridad, vocación de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad, oportunidad, y suministro adecuado y correcto de la información en salud al usuario y la Familia. | Cumplo con el programa de seguridad al paciente y garantizo la atención según el grado de complejidad para su oportuno manejo clínico. | Realizo el adecuado tramite de referencia y contra referencia para la terminación de tratamiento del usuario. |
| Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Realiza adherencia a programa de humanización de la institución. | Realizo una atención calidad, personalizada y humanizada a los usuarios siguiendo los principios de la institución |
| Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras. | Participo en el proceso de mejora de calidad de la institución atreves de la optimización de los estándares. | Garantizo y mejoro la atención de los usuarios con calidad. |
| Participar activamente en la programación de actividades de su especialidad a las que sea convocado. | Participo de forma activa en el reporte de sucesos, para evitar y mitigar posibles eventos adversos. | realizo comunicación redundante y aplico inequívocos para que el usuario pueda entender los explicado en consulta. |
| Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades y soportes de pagos de salud pensión y ARL. | Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | se realiza segun se requiera |
| Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo y presentar dentro de los 10 días siguientes el plan de mejoramiento que sea requerido. | Reporto cuenta de cobro ,informes , actividades y presento soporte de pago de salud y arl de manera oportuna | subir cuenta de cobro aplicativo suresoc con sus correspondientes soportes A13:P24L13:P22L13:P21 |
| Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos. | Realizo seguimiento al contrato junto con el supervisor de este y reviso siguiendo a plan de mejoramiento si es requerido. | realización de actividades acordadas para el cumplimento si son requeridas |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día. | Velo por el adecuado funcionamiento de los equipos de odontología, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos. | Cuidando y reportando el daño de un equipo en mesa de ayuda |
| Cumplir con los estándares de Acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución. | Realizo historias clínicas sistematizadas, informes diarios entrega de consentimientos informados y RIPS | Entrego informes e información en el sistema que competa a mi perfil. |
| Participar activamente a las capacitaciones a las que sea asignado. | Asisto a las reuniones citadas y realizo los cursos solicitados por la institución. | Participo en EAC;LCS, Aula Virtual y encuestas. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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