| 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 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: | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS EL 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 | | |
| | | | 2023-11-01 | | 2023-11-30 | | |
| 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 | $37,339,609 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,183,733 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 94% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9458033107 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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). | no aplica | no aplica |
| . Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | . Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA, FORMATOS Y ACTAS ACHIVO CAPS porvenir |
| 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