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:	diana urueña						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012345804	
CORREO ELECTRONICO:	dianau.8821@gmail.com				CELULAR:	3112959748	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL SALUD ORAL - P y D USS CABAÑAS				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA27E06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488423912002				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5641			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	19418	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	$37,667,139
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,856,203
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
9457459207	$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
Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio.	Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio	Se cumplio con el servicios de atención a los usuarios.
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural	Conversatorio , ULC , Asegurate del mes, resultados de la encuesta clima de seguridad	Conocimiento de la información del proceso, Conversatorio , lsc,EAC, asegurate del mes Resultados de la encuesta clima de seguridad
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención.	En cuanto a la orientación adecuada del usuario al acceso.
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clínica, dictada por el odontólogo.	se diligencio las historias clinicas sistematizadas.
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.
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 atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Atención a los pacientes con calidad.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Insumos en el servicio.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución.
Todas las demas 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.	si
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio.	Velé por inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro correspondiente.	Planillas de alistamiento de consultorio.
Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional.	Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional.	Presentación personal adecuada a lineamiento institucional.
Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización.	Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion	Adherencia al manual de esterilización.

Copia Certificado
Subred Suroccidente

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