| 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 | 2630 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2652 | FECHA | 2024-12-15 16:09:19.000 | NÚMERO DE CRP | 78897 | FECHA | 2024-12-15 23:00:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-12-01 | | 2024-12-31 | | |
| 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: | $20,369,976 |
| VALOR EJECUTADO | $20,369,976 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9477766694 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 |
|---|---|---|
| 1.Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área | Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada | FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION |
| 2.Atender la consulta programada con el rendimiento establecido en la Subred(higienista). | SE REALIZA DEMANDA INDUCCIDA PARA LA HIGIENISTA | SE ENTREGA UNA BASE DE DATOS DE LA DEMANDA INDUCCIDA |
| 3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 | SE LE AYUDA AL ODONTOLOGO A REALIZAR EL ODONTOGRAMA | .SE ENTREGA EN PDF HISTORIA CLINICA EVIDENCIANDO EL ODONTOGRAMA REALIZADO |
| 4.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). . | SE ENTREGA EN PDF QUE SE REALIZA LOS CODIGOS PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO |
| 5. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | CUMPLO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCION | SE ANEXA RESULTADO DE LA REUNIONES |
| 6. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral. | SE REALIZA FORMATOS DEL CONTROL DEL CONSULTORIO ODONTOLOGICO Y SE ANEXA EN RESPETIVA CARPETA | SE ENTREGA EN UN PDF FORMATOS DE ESTERILIZACION TEMPERATURA Y LIMPIEZA Y DESIFECCION |
| 7. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista) | SE VERIFICA LA ATENCION MENSUAL DE LA AGENDA DE LOS PASIENTES DE HIGIENE ORAL | SE REALIZA LA RESPECTIVA DEMANDA INDUCIDA A LA HIGIENISTA ORAL |
| 8. 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 | SE LE ENTREGA AL PASIENTE SU RESPETIVO CODIGO PARA QUE FACTURE Y SER ATENDIDO LA HIGIENISTA |
| 9. . Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias. | SE REALIZA UN FORMATO DE URGENCIA PARA TENER UN CONTROL DE LAS URGENCIAS | SE ENTREGA EN UN PDF LOS USUARIOS QUE SE ATIENDEN EN EL URGENCIAS |
| 10. 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 | SE ENTREGA EN UN PDF LAS CARGAS QUE SE ESTERILIZAN EN EL MES |
| 11. . Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral 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 | SE REALIZA FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION |
| 12Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo | Elaboro y controlo adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo | SE ENTREGA EN UN PDF LOS PEDIDOS QUE SE REALIZA EN EL MES |
| 13. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución | SE ANEXA RESULTADO DE LAS AUDITORIAS |
| 14. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | APOYO OPORTUNAMENTE CON LAS ACTIVIDADES QUE REALIZA LA SUB RED | SE ENTREGA LA VERIFICACION DE LAS ACTAS QUE UNO PARTICIPA EN LAS REUNIONES |
| 15. . Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | SE ENTREGA AL LIDER EL PRODUCTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS MENSUALES | SE LE ENTREGA AL LIDER EN UNA CARPETA COMPTIMIDA LOS FORMATOS REALIZADOS MENSUAL |
| 16. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del CONTRATO | SE LE ENTREGA UN INVENTARIO DE LAS COSAS QUE HAY EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO |
| 17 . Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | SE LE ENTREGA UN INVENTARIO DE LAS COSAS QUE HAY EN EL CONSULTORIO ODONTOLOGICO | SE ENTREGA ACTAS QUE UNO PARTICIPA EN ESAS CAPACITACIONES |
| 18. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el | SE ENTREGA EN UN PDF LA REALIZACION DE LOS TICKES |
| 19. 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 | SE ENTREGA EN UN PDF LA PLANILLA |
| 20..Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del CONTRATO | asignadas acordes con el objeto del contrato SE REALIZA DEMANDA INDUCCIDA PARA CITOLOGIA 1 EFECTIVA Y PARA VACUNACION 1 EFECTIVA IBE |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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 A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

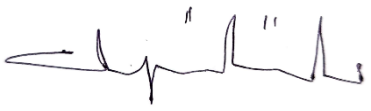
**NIT: 900.959.048-4**

DEBE A:

**OLGA LUCIA LANCHEROS GUTIERREZ**

**CC:53.132.641 DE BOGOTA**

La suma de 1.851.816, por concepto de: prestación de servicios como AUXILIAR DE ODONTOLOGIA durante el periodo de 1 DE DICIEMBRE al 31 de DICIEMBRE 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2630-2024



**OLGA LUCIA LANCHEROS GUTIERREZ**

**CC:53.132.641 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**550488423738969**

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53132641 | | LANCHEROS GUTIERREZ OLGA LUCIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 77 I#69B-66 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7760821 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 59194058 | 9477766694 | I | 2024/12/10 | 2024/12/10 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $402,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 53132641 | LANCHEROS OLGA | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,300,000 | $31,700 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $1,300,000 | $31,700 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 53132641 | | LANCHEROS GUTIERREZ OLGA LUCIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 77 I#69B-66 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7760821 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-11 | 2024-11 | 59194058 | 9477766694 | I | 2024/12/10 | 2024/12/10 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $402,200 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $0 | $0 | $208,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $31,700 | $0 | $0 | $31,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $0 | $0 | $162,500 |
| TOTAL | | | | 1 | $402,200 | $0 | $0 | $402,200 |