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:	myriam yolanda ariza ulloa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52634573	
CORREO ELECTRONICO:	yollis0269@gmail.com				CELULAR:	7952340	
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	8400724152				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2974			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	79135	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:	$1,851,816
VALOR EJECUTADO	$1,851,816
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
9478104745	$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
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área	1. Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada	1 FORMATO DE LIMPIEZA Y DESINFECCION
Atender la consulta programada con el rendimiento establecido en la Subred(higienista).	2.SE REALIZA DEMANDA INDUCCIDA PARA LA HIGIENISTA	2.SE ENTREGA UNA BASE DE DATOS DE LA DEMANDA INDUCCIDA
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	3.SE LE AYUDA AL ODONTOLOGO A REALIZAR EL ODONTOGRAMA	.SE ENTREGA EN PDF HISTORIA CLINICA EVIDENCIANDO EL ODONTOGRAMA REALIZADO
Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)	4. Remito a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	4. SE ENTREGA EN PDF QUE SE REALIZA LOS CODIGOS PARA CONTINUAR EL TRATAMIENTO
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	5. CUMPLO CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE LA INSTITUCION	5. SE ASISTE A REUNIONES DE EAC Y A
. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	6. Contribuyo en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	6. FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista)	7.tiene conocimiento de la realización del informe de las actividades cada mes	7.informe de las actividades de cada mes
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	8. Recepciono al paciente que va a ser atendido y verifico que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	8. ORDENES DE SERVICIO, FORMATOS CAPS PORVENIR
. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	9. Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	9. Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente	10. Esterilizo y desinfecto el instrumental y equipo, preparo los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	10. Esterilizo y desinfecto el instrumental y equipo, preparo los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.
. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	11. Preparo el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilito la actividad profesional del odontólogo e higienista.	11. FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
12Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	12. Elaboro y controlo adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	12. DINAMICA Y FORMATOS CAPS PORVENIR ODONTOLOGIA
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	13. Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	13. ACTAS CAPS PORVENIR
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	14.APOYAR CON EL CUMPLIMIENTO Y LAS NORMAS SEGÚN EL REQUERIMIENTO DE LA SUBRED	14.ACTAS CAPS PORVENIR
. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	15.Se realiza informe mensual para dar cumplimiento a las actividades asignadas por la líder	15. Se entrega informe mensual al líder
. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	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	16.ACTAS CAPS PORVENIR
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	17. . Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	17. AULA VIRTUAL, ENCUESTA
. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	18. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	18. MESA DE AYUDA, ALMERA
. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	19. Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	19. CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	20. Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	20. INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52634573		ARIZA ULLOA MYRIAM YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 78f # 63a - 54 Sur Bosa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226080260	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	1115860771	9478104745	I	2024/12/17	2024/12/10	NEQUI	0	$402,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
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		$402,200
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		$402,200
1	CC	52634573	ARIZA MYRIAM																	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total		**Afiliados(1)**																			$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52634573		ARIZA ULLOA MYRIAM YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 78f # 63a - 54 Sur Bosa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226080260	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	1115860771	9478104745	I	2024/12/17	2024/12/10	NEQUI	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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	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
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$402,200	$0	$0	$402,200

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

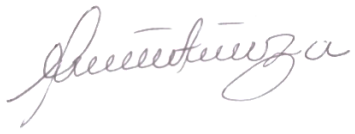
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MIRYAM YOLANDA ARIZA ULLOA

CC:52.634.573 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 2974-2024



MIRYAM YOLANDA ARIZA ULLOA

CC:52.634.573 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

8400724152