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	16/02/2018	
		Código	04-02-FO-0062	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1024511290							
CORREO ELECTRONICO:	nanisstephanny780@gmail.com				CELULAR:	3193220788							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ODONTOLOGIA				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		100%	N04										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24046567327									PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3151/2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 DE 10			
NÚMERO DE CDP	1495	FECHA	29/10/2019	NÚMERO DE CRP	49162	FECHA	31/10/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestón con AUXILIAR DE ODONTOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2019		30	11	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.501.020									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: Dias laborados en Noviembre 2,16,30 para compensar descanso de diciembre.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.147.390
VALOR EJECUTADO	$15.147.390
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.501.020
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 $2.072.290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8497768010	$628.116,00	$100.600	$132.500	3	$20.200	**$256.300**

Dado en Bogotá NOVIEMBRE del año DOS MIL DIECINUEVE (2019) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Ma. del Pilar Cuello

María Del Pilar Cuello
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angie Stephanny Mendez P

Angie Stephanny Mendez Peña
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
Secretaría Distrital Integración de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-07-FO-0003

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA									
No. DE CONTRATO:	3151-2019	Periodo certificado desde el	Sede: USS 03 ALQUERIA							
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	11	2019		30	11	2019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE STEPHANNY MENDEZ PEÑA		C. C.		1.024.511.290	DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIO PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA/ HIGIENISTA DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INTITUCION.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	Periodo certificado desde el	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES	PROGRAMADO	EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Actividas diarias relacionades con el mantenimiento del consultiono odontologico, aplicación de los procedimientos definidos para el area.	100%	100%	Se realizaron los procesos de aseo desinfección y organización del consultorio diariamente.	Se realizaron todas las actividades establecidas.
2. Asistir al profesional en odontologia en la realización de procedimientos.	100%	100%	Se realizo la asistencia de instrumentación, preparación de materiales, organización de pacientes diariamente al odontólogo del centro de atención.	Se realizó todos los procedimientos.
3. Disponer oportunamente de los materiales, elementos, equipos, instrumental necesario para el desarrollo de las actividades propias del odontólogo.	100%	100%	Se organizaron los paqueles de instrumental requerido para cada actividad efectuada para el odontólogo del centro de atención.	Se utilizo todo lo necesario para la atención.
4. Esterilizar preparar y responder por el material médico quirúrgico, instrumental, equipos y elementos en su empleo.	100%	100%	Se realizo el proceso de esterilización de instrumentos de acuerdo con el los procedimientos establecidos.	completando el proceso
5. Participar en las actividades de organización, limpieza, desinfección y mantenimiento de las unidades y consultorio odontológico.	100%	100%	Se realizaron los procesos de aseo desinfección y organización del consultorio diariamente de acuerdo a lo establecido.	Se participó diariamente de acuerdo a lo establecido.
6. Reclamar y entregar historias clínicas a estadística como parte del soporte de auxiliar de consultorio en los puntos de atención. Cumpliendo los procedimientos de custodia de historia clínica.	100%	100%	Se recibieron de estadística las historias clínicas según agenda debidamente revisadas con listas de chequeo.	Se realiza actividad establecida sin ningún inconveniente.
7. Realizar el registro diario y consolidado mensual de las actividades realizadas en el empleo.	100%	100%	Se efectuó el registro de pacientes de rips.	Diariamente se participó en la administración de los recursos informáticos según las normas y procedimientos establecidos.
10. Preparar al usuario para la valoración toma de radiografias de acuerdo con los principios técnicos y de bioseguridad.	No aplica	No aplica	No aplica.	No aplica.
11. Rebelar radiografias haciendo uso de la normatividad vigente.	No aplica	No aplica	No aplica.	No aplica.
12. Elaborar los pedidos de materiales de consumo y devolutivos con el visto bueno del supervisor de la orden a cargo de salud oral.	100%	100%	Se elaboró pedido de materiales en la primera semana de Junio.	Se aplicó procedimiento correctamente.
13. Dar uso racional a los equipos que el hospital le suministre para el desarrollo de la orden, mantener actualizado los formatos de control de fecha de vencimiento del material odontológico.	100%	100%	Se suministró el uso de los materiales odontológicos.	Se le dio un uso adecuado a todos los insumos de odontología.
14. Solicitar al mantenimiento correctivo de los equipos al supervisor de la orden.	100%	100%	Se realiza el mantenimiento de los equipos por parte del supervisor encargado.	Se programa mantenimiento a tiempo.
15. Participar en actividades intra y extra murales programadas por el hospital para el cumplimiento de metas y atención de la comunidad.	100%	100%	Se apoyo la realización de actividades educativas efectuadas en el punto de atención.	Se realiza apoyo.
16. Diligenciamiento de manera clara y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el desarrollo de su actividad.	100%	100%	Se efectuó el registro de pacientes en rips.	Si se realizo.
17. Reporta oportunamente anomalías en la prestación del servicio.	100%	100%	No se presentaron anomalías en el servicio.	Ningún inconveniente.
18. Verificar la existencia y conservación de insumos.	100%	100%	Se revisaron fechas de vencimiento a la totalidad de materiales odontológicos y condiciones de almacenamiento.	completando el producto
19. Participación en actividades en los procesos y procedimientos inherentes a su actividad.	100%	100%	se participo en las diferentes actividades que ofrece la subred.	se programó satisfactoriamente
20. Aplicar las competencias que para el ejercicio como auxiliar de consultorio odontológico defina por el ministerio de protección social el marco del desarrollo leal vigente.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Totalmente realizados.
21. Cumplir con el manejo de bioseguridad de la institucion y manejo de desechos patógenos.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Adherencia al manual de bioseguridad.

22. Cumplir con el manual de procedimientos de la institución.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Adherencia al manual de procedimientos y procesos.
23. Cumplir con los protocolos, normas técnicas, guías de manejo, propias del area.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Adherencia al manual de seguridad.
24. Participar con los comités y reuniones que la subgerencia de servicio y/o el profesional especializado le suministre para el desarrollo de la orden.	100%	100%	Conversatorios ,ULC	Acta de asistencia
25. Cumplir con las actividades programadas asignadas por la institución.	100%	100%	Se desarrollaron las actividades de acuerdo al establecido.	Adherencia al manual de procesos y procedimientos
26. Dar cumplimiento a la normatividad vigente relacionada con el diligenciamiento de historias clínicas, registros de rips, referencia.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a lo establecido.	Adherente con todo lo establecido
27. Cumplir con el lineamiento para la prevención del riesgo biológico empleado de forma obligatoria, los elementos de protección personal.	100%	100%	Se realizan las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Se cumplió cabalmente.
28. Presentar de acuerdo a los cortes definidos por la institución informe mensual de gestión y aquellos solicitados por el supervisor de contrato.	100%	100%	Se presentó informe de actividades realizadas en el mes de Diciembre del 2019	Informes del mes de diciembre de 2019
29. Cumplir con el programa de gestión ambiental y directrices del comité de infección intra hospitalaria.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo a los procedimientos establecidos.	Se cumple con los parámetros establecidos
30. Realizar cuenta de cobro y anexo a soporte de salud de acuerdo con la ley.	100%	100%	Se anexa informe de actividades y constancia de pagos de aportes a seguridad social.	Se entrega información completa de acuerdo a lo solicitado.
31. Conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud pos y pos.s.	100%	100%	Se tiene conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud pos y pos.s.	Conozco el plan obligatorio del POS y POS.S.
32. Mantenerse actualizado en la reglamentación, normas, guía de atención necesarias para el desempeño de su labor.	100%	100%	Se realizaron las actividades de acuerdo con los procedimientos establecidos.	Se tiene en cuenta las normas y guías de manejo.
33. Velar por el adecuado uso y custodia de los elementos y equipos suministrados por la institución para el desarrollo de la orden.	100%	100%	El instrumental se guarda y se almacena dando condiciones de conservación y seguridad.	Materiales y equipos en buen estado.
34. Brindar trato humano ético y cálido con el cliente interno y externo de la institución.	100%	100%	Se brinda la atención a los usuarios con ética y calidez.	Se cumple con lo establecido.
35. Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato.	100%	100%	No se programó.	No se programó.
36. Obrar con lealtad y buena fe evitando todo tipo de dilaciones o trabamiento que pudieran entorpecer la gestión del hospital.	100%	100%	Se desarrolla el objeto con buena fe y honestidad.	No se presentan dilaciones ni inconvenientes en la gestión
37. Presentar al área financiera cuenta por pagar y al supervisor del contrato copia del recibo del pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social de los porcentajes que indica la ley para tal fin.	100%	100%	Se presenta la copia del recibo mensual, con los porcentajes al sistema de seguridad social con los porcentajes indicados	Se entregan el 100% de la información.

OBSERVACIONES :

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): UN MILLON QUINIENTOS UN MIL CERO VEINTE PESOS ($1.501.020)

ANGIE STEPHANNY MENDEZ P.

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha y firma de recibido: Ma. del Pilar Cuellar

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.