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:	KATHERINE DAYANNA CARRANZA CASAS							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1012410770		
CORREO ELECTRONICO:	katika___199@hotmail.com				CELULAR:	3212166526		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL SALUD ORAL - P y D USS CENTRO DÍA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO04E06	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10075495701				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	149			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	200	FECHA	2025-01-24 15:21:25.000	NÚMERO DE CRP	13808	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-01-15		2025-01-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,091,312						
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:	$1,091,312
VALOR EJECUTADO	$1,091,312
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,091,312
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
000	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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	SE ALIMENTAN PERMANENTEMENTE TODOS LOS SISTEMAS DE INFORMACION	DINAMICA, FORMATOS DE DESINFECCION DE ESTERILIZACION ETC
Atender la consulta programada con rendimiento de tres consulta por hora(higienista)	SE ATIENDE LA CONSULTA PROGRAMADA A RAZON DE TRES PACIENTES HORA	AGENDA PROGRAMADA SEGUN LIDER
Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SE PRESENTAN LAS EVALUACIONES PERTINENETES DE MANERA OPORTUNA	PRE TEST Y POS TEST
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	PRE TEST Y POS TEST	DINAMICA
Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)	SE HACE DEMANDA INDUCIDA PARA EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	SE GENERAN CODIGOS, ORDENES DE SERVIVIO AGENDAS ETC
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SE CUMPLE CON LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y MANUALES	MANUAL DE BIOSEGURIDAD, MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ETC
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral	SE CONTRIBUYE EN LA EVALUACOIN DE ACTIVIDADES QUE GENERAN IMPACTO	FORMATO DE ACTIVIDADES, DINAMICA
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista)	SE REALIZA INFORME DE GESTION MENSUAL OPORTUNAMENTE	FORMATO DE ACTIVIDADES DE ODONTOLOGIA Y SALUD ORAL
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	SE APOYA A FACTURACION EN EL PROCESO CON LOSPACIENTES	GENERACION DE ORDENES DE SERVICIO, ETC
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga la responsabilidad el contratista.	SE ASUME EL 100% DE LA GLOSA GENERADA POR FACTURACION ERRONEA	INFORME DE GLOSAS MENSUAL
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	SE RECEPCIONA AL PACIENTE DIRECCIONENADOLO AL SERVIICIO CORRESPONDIENTE	FORMATO DE ODONTOLOGIA, AGENDA MANUAL, FACTURTACION
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	SE COLABORA Y SE ASISTE AL ODONTOLOGO PARA LA ATENCION DE PACIENTES	PLANILLAS DE INSUMOS, CARPETA DE RX, FORMATO DE ACTIVIDAES,
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente	SE ESTERILIZA Y DESINFECTA EL CONSULTORIO Y LOS EQUIPOS	CARPETAS DE ESTERILIZACION
Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienistaPreparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista	SE PREPARA EL AMBIENTE PARA EL ODONTOLOGO Y LOS PACIENTES	AGENDAS PROGRAMADAS
Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados	NO APLICA	NO APLICA
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	SE ELABORA Y CONTROLA ADECUADAMENTE LOS PEDIDOS DE MATERIAL	CARPETA DE INSUMOS, CARPETA DE RX
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SE CUMPLE CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	MANUAL DE BIOSEGURIDAD
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	SE REALIZAN TODADS LAS TAREAS QUE LA LIDER ASIGNE	ÀGENDAS PROGRAMADAS

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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 Controlada Subred Sur Occidente

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 1012410770		CARRANZA CASAS KATHERINE DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 73 F # 80 Q-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7192337	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	16760671	9481791586	I	2025/02/18	2025/02/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 1012410770	CARRANZA KATHERINE	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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 1012410770		CARRANZA CASAS KATHERINE DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 73 F # 80 Q-15	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7192337	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	16760671	9481791586	I	2025/02/18	2025/02/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

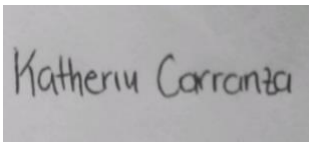
E.S.ENIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KATHERINE DAYANNA CARRANZA CASAS

C.C 1012410770 DE Bogotá

La suma de $1’811.950 (un millón ochocientos once mil novecientos cincuenta pesos) por concepto de: Prestación de servicio de apoyo asistencial en el área de odontología de la Subred Sur Occidente como profesional en auxiliar odontologia y/o higiene oral en la sede Centro Dia durante el periodo de 1 al 28 de Febrero de 2025, en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No: 149-2025



KATHERINE DAYANNA CARRANZA CASAS

C.C. 1012410770 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO

BANCOLOMBIA

NUMERO 10075495701