Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	CÓDIGO: AP-CT-F-16-05
		VERSIÓN: 5
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA: 16/02/2018

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PIMIENTEL RUBIO DUBIS MARIA		382326
TIPO DE DOCUMENTO:	Cedula	No.	45546499
CORREO	dubispimentel@yahoo.es	CELULAR	3164218120
PROCESO:	Ambulatorios		
SERVICIO:	Ambulatorios	UNIDAD:	Chapinero

CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A00											

BANCO	28	TIPO CUENTA	SIN CUENTA
NUMERO CUENTA BANCARIA	0		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3895-2025	N° DE PAGOS DEL CONTRATO	

NÚMERO DE CDP: 1	541	FECHA	31/03/2025	NÚMERO DE CRP: 1	20148	FECHA	04/04/2025

OBJETO:	PROFESIONAL ESPECIALIZADO II							
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		04	04	2025		30	04	2025

TIPO SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	0
VALOR MES	6,263,108	VALOR LETRAS	

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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	5,845,567
VALOR EJECUTADO:	5,636,797
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	5,636,797
TOTAL HORAS CONTRATADAS:	0
TOTAL HORAS A CERTIFICAR EN EL MES:	
VALOR A LIBERAR:	0
SALDO POR EJECUTAR:	208,770
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN:	96.43 %

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 $2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

PLANILLA	VALOR EPS	VALOR AFP	RIES	VALOR ARL	VALOR CAJA	TOTAL PLANILLA
3895202504	0	0	3	0	0	0
	0	0		0	0	

El supervisor del contrato hace constar que los datos e informe de actividades registrados en esta certificación se revisaron y son veraces.

Dado en Bogotá. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO	PIMIENTEL RUBIO DUBIS MARIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Nota: En el evento de ausencia del supervisor principal, se adjunta documento mediante el cual se avala que esta certificación sea firmada por supervisor encargado.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	CÓDIGO: AP-CT-F-50-03
		VERSIÓN: 3
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	PÁGINA : 1 DE 1
		FECHA: 19/05/2022

ÁREA Y/O SERVICIO: DIRECCION SERVICIOS AMBULATORIOS					**UNIDAD:**		**FRAY BARTOLOME**	
No. DE CONTRATO: 3895-2025	**PERIODO CERTIFICADO**	**Día**	**Mes**	**Año**	**Día**	**Mes**	**Año**	
NOMBRE DEL SUPERVISOR: DRA. ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO		**4**	**4**	**2025**	**30**	**4**	**2025**	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO	**DOCUMENTO: 45.546.499**							

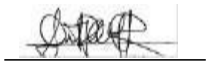
OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios como PROFESIONAL ESPECIALIZADO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución.

TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100%

OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
1. Administrar, gestionar, organizar, planificar, atender y realizar las actividades administrativas, de soporte y apoyo a la Institución de acuerdo a sus competencias.	Durante el periodo certificado se realizan actividades administrativas de apoyo al proceso de salud oral.
2.Realizar seguimiento al cumplimiento por parte del equipo a cargo de las disposiciones establecidas en la Resolución 3280/2018, por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de las Rutas Integrales de Atención, adherencia y direccionamiento de los pacientes a las rutas con el fin de garantizar la prestación del servicio a los pacientes.	Socialización de ruta de promoción y mantenimiento de la salud, en USS Garcés Navas, USS Prado Veraniego, USS Rincón, USS Gaitana
3. Realizar informes del servicio de odontología de acuerdo a las diferente solicitudes: EPS, entes de control y los demás solicitados por la Subred Norte.s: Requerimientos, adiciones, prorrogas, novedades, otrosi, base de datos, liberación de saldos.	Se realiza revisión de planes de mejora de EPS Capital salud.
4. Asistir y dar respuesta a requerimientos de comités institucionales.	Se asiste a comité de historias clínicas
5. Generar informes de auditoria de historia clínica, seguimiento a cumplimiento del diligenciamiento y pertinencia de historia clínica odontológica.	Se revisa con PAMEC cronograma de auditroria de autrocontrol y se recibe capacitación del formato para la auditoria de historia clínica odontológica.
6. Seguimiento a la capacidad instalada de odontología	Se realiza verificación en el registro especial de prestadores de salud la prestación del servicio de odontologia general y especializada de la Subred Norte.
7. Desarrollar la agenda estratégica mensualmente	Se realiza informe para agenda estratégica
8. Realizar reporte mensual de indicadores a las EPS en especial Capital Salud.	Se realizó reporte mensual de indicadores a la EPS Capital Salud
9. Dar línea técnica al equipo de odontología	Se da línea técnica a las unidades visitadas
10. Apoyar al administrativo de sedes en el proceso de habilitación del servicio.	No aplica para este periodo certificado
11. Desarrollar los procesos de acreditación del servicio de odontología	Se asiste y participa a reuniones de acreditación
12. Generar reuniones de asistencia técnica con el equipo de salud oral	Se realiza visita al Servicio odontología USS Garcés Navas, USS Rincón, USS Prado Veraniego, Hospital Simón Bolivar, USS Gaitana
13. Realizar actualización, socialización, verificación y adherencia a documentos como: Guías de manejo institucional, protocolos y manuales al equipo de odontologia.	Para el perido certificado se realiza revisión de los documentos del subrpoceso en Almera para verificación de la necesidad de realizar actualización y normalización
14. Dar cumplimiento a los estándares e indicadores de producción: Seguimiento, análisis, monitoreo y validación a la producción, agendamiento, rendimiento (acorde a lo establecido por la institución), inasistencia, oportunidad, demanda insatisfecha, sendas, ausentismo y demás indicadores establecidos por la Subred Norte para los servicios de odontología general y odontología especializada	Se verifican indicadores de producción de odontología general y especializada para todas las sedes
15.Mantener los indicadores de producción por encima del 95%, del servicio de odontología general y odontología especializada	Se realiza revisión del histórico de producción del servicio de odontología
16.Participar en la atención de auditorias y visitas que realizan entes de control, externos e internos. Generar y realizar seguimiento a planes de mejoramiento.	Se realiza verificación y respuesta de planes de mejoramiento en compañía del área de calidad.
17.Monitoreo, seguimiento y cumplimiento a indicadores de oportunidad, política institucional, POA y mapa de riesgos.	Se realiza monitoreo y seguimiento al cumplimiento de indicadores
18.Dar respuesta a peticiones, quejas, reclamos, derechos de petición, solicitudes de usuarios y pacientes a través de los diferentes canales, emitiendo respuesta dentro de los términos establecidos, teniendo en cuenta los criterios de calidad, oportunidad, claridad, coherencia y calidez.	Se da respuesta a través de los diferentes canales a los usuarios de las quejas, reclamos, peticiones y solicitudes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): CINCO MILLONES SEISCIENTOS TREINTA SEIS MIL SETECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($5.636.797)

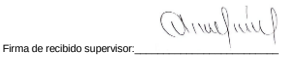


DUBIS MARIA PIMIENTEL RUBIO

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA , FIRMA DEL CONTRATISTA

CC: 45546499 DE CARTAGENA

Fecha : 30/04/2025



Firma de recibido supervisor:_____

DRA. ANA MARIA MAHECHA BUITRAGO

DIRECTOR SERVICIOS AMBULATORIOS