

2025 01 30 2,729,500.00

CRUZ ORDOÑEZ DIANA OSIRIS

DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE  
 \*\*\*\*\*

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI NIT. 900750333		<b>COMPROBANTE DE EGRESO No.</b> 20,938				
Fecha : 30/enero/2025	Pagado a : 1014212194-2 CRUZ ORDOÑEZ DIANA OSIRIS					
La Suma de : DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE *****		Valor \$	2,729,500.00			
Banco : 51 DAVIVIENDA	Cuenta : 04 462169999366		Cheque : PE			
POR CONCEPTO DE SERV TECNICOS SALUD ORAL No. 22,820.00 Fact 09-2025		Valor Bruto \$2,729,500.00	Valor Neto \$ 2,729,500.00			
Codigo	Descripcion	Valor				
<b>MOVIMIENTO PRESUPUESTAL</b>						
GIRO	OBLIGACION	REGISTRO	CDP	COD. ARTICULO	ARTÍCULO	VALOR
68	67	16	27	245020901	Servicios para la comunidad* sociales y j	2,729,500.00

<b>TOTAL IMPUESTOS</b>	<b>TOTAL DESCUENTOS</b>
------------------------	-------------------------

CUENTA	NOMBRE CUENTA	DEBITOS	CREDITOS
111005001	BANCO DAVIVIENDA CTA CORRIENTE 0560462	0.00	2,729,500.00
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TECNICOS	2,729,500.00	0.00

ELABORADO REVISADO APROBADO Hora: 18:31

Usuario Imprime: TATIANA  
 Usuario Responsable: TATIANA

ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEI		COMPROBANTE	
NIT. 900750333		DE EGRESO No. 20,938	
Fecha : 30/enero/2025	Pagado a : 1014212194-2 CRUZ ORDOÑEZ DIANA OSIRIS		
La Suma de :	DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE ***** *****	Valor \$	2,729,500.00
Banco :	51 DAVIVIENDA	Cheque : PE	
Cuenta :	04 462169999366		
Recibí:	_____	Huella dactilar	
Nombre:	_____		
C.C. No.	_____ de _____		
Firma:	_____		
OBSERVACIONES: PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO PROFESIONAL COMO ODONTOLOGO DURANTE EL MES DE ENERO DE 2025 SEGUN CONTRATO 042 DEL 2025			
<u>ELABORADO</u>	<u>REVISADO</u>	<u>APROBADO</u>	Usuario Imprime: TATIANA Usuario Responsable: TATIANA
			Hora: 18:31

**ESE HOSPITAL DPTAL NTRA SÑRA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA**  
**NIT. 900750333**

Fecha: 15/02/2025 Hora: 19:16

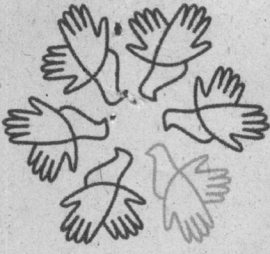
Pág. 1

Usuario Imprime: AVARIAS  
 Usuario Responsable: AVARIAS

<b>CUENTA POR PAGAR</b>				
CONCEPTO	NUMERO	FECHA	FECHA VENC.	No FACTURA
SERV TECNICOS SALUD ORAL	22,820	27/ene./2025	27/ene./2025	09-2025
<b>Obligación:</b> 67		<b>Registro:</b> 16		
<b>TERCERO</b>				
<b>NIT:</b> 1014212194	2	<b>NOMBRE:</b> CRUZ ORDONEZ DIANA OSIRIS		
<b>TEL:</b> 3158500012		<b>DIRECCION:</b> CLL 12 N 5 35	286	
<b>OBSERVACIONES</b>			<b>VALORES</b>	
PRESTACION DE SERVICIO COMO APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL * COMO ODONTOLOGA * DURANTE EL MES DE ENERO DEL 2025* SEGUN CONTRATO 042 2025.			<b>BRUTO :</b>	2,729,500.00
			<b>DESCUENTOS :</b>	0.00
<b>IMPUESTOS :</b>				
<b>VALOR NETO EN LETRAS</b>			<b>NETO :</b>	2,729,500.00
DOS MILLONES SETECIENTOS VEINTINUEVE MIL QUINIENTOS PESOS MCTE			<b>CANCELADO :</b>	0.00
			<b>N. CREDITO :</b>	0.00
			<b>N. DEBITO :</b>	0.00
			<b>SALDO ACTUAL :</b>	2,729,500.00

**IMPUTACION CONTABLE**

<b>CUENTA</b>		<b>DEBITOS</b>	<b>CREDITOS</b>
240101003	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	0.00	2,729,500.00
731203006	REMUNERACION DE SERVICIOS TEC	2,729,500.00	0.00

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>		
	<b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>		
	<b>TIPO DE DOCUMENTO:</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA:</b>
	FORMATO	SUPERVISOR CONTRATO	GESTION DEL TALENTO HUMANO
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>
A-TH-F-009	4	31/07/2023	<b>PAGINA</b> 1 DE 1

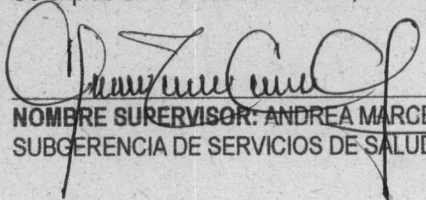
**EL SUPERVISOR DEL CONTRATO PRESTACION DE SERVICIO No. 042-2.025**

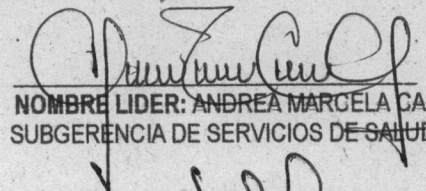
**CERTIFICA:**

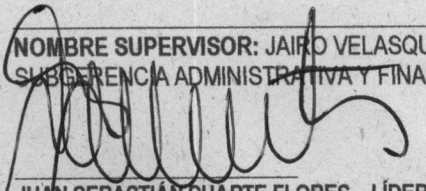
Que **DIANA OSIRIS CRUZ ORDOÑEZ**, identificado (a) con documento de identidad y/o Nit No 1.014.212.194 expedida en Bogotá, cumplió a satisfacción con las actividades relacionadas con el objeto del Contrato de prestación de servicios de apoyo a la gestión asistencial profesional en odontología, con destino a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora De Las Mercedes Del Municipio De Funza y sus puestos de salud el hato y siete trojes. No.042.de fecha 02/01/2025, la presente cuenta correspondiente al mes de enero y cumple con el pago de seguridad social ✓

<b>DETALLE</b>	
<b>Valor Contrato inicial</b>	10.918.000 ✓
No. CDP	27 ✓
No. RP	
Rubro Presupuestal: Servicios Asistenciales ✓	
Plazo de Ejecución	Hasta el 30 de abril de 2025 ✓
<b>ADICION:</b>	
No.CDP	
No.RP	
Plazo de Ejecución	
<b>Modificación</b>	
Otro Si Modificadorio	
<b>Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación</b>	10.918.000 ✓
Valor Ejecutado	-
Valor Factura Actual	2.729.500
<b>Total Ejecutado</b>	2.729.500 ✓
<b>Saldo por Ejecutar</b>	8.188.500 ✓
<b>Porcentaje de Ejecucion= Total Ejecutado/(Valor Contrato Inicial+Adición-Modificación)%</b>	25% ✓

Se expide en la ciudad de Funza, en el mes de enero del año dos mil Veinticinco (2.025).

  
**NOMBRE SUPERVISOR: ANDREA MARCELA CASTILLO**  
 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

  
**NOMBRE LIDER: ANDREA MARCELA CASTILLO**  
 SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

  
**NOMBRE SUPERVISOR: JAIRO VELASQUEZ CHACON**  
 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

  
**NOMBRE LIDER: JAIRO VELASQUEZ CHACON**  
 SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

  
**JUAN SEBASTIÁN DUARTE FLORES – LÍDER DE CALIDAD**  
 VO.BO. APOYO A LA REVISIÓN:



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO

"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"

AREA O PROCESO QUE LO GENERA:

GESTION DEL TALENTO HUMANO

NOMBRE

DECLARACION EQUIVALENTE A LA FACTURA

TIPO DE DOCUMENTO:

FORMATO

CODIGO

VERSION

FECHA ELABORACION

PAGINA

A-TH-F-010

5

16/04/2024

1 DE 1

CIUDAD Y FECHA:

Funza Cundinamarca, Enero de 2025

FACTURA NUMERO

9

PRESTADOR DEL SERVICIO:

DIANA OSIRIS CRUZ ORDONEZ

NIT/ NUMERO DE CEDULA

1.014.212.194

DIRECCION RESIDENCIA:

CLL 12 5 35 TO 5 AP 403

TELEFONO:

3156500012

Email:

OSIRIS251612@GMAIL.COM

SERVICIO DONDE PRESTA SUS SERVICIOS

ODONTOLOGIA

CONCEPTO

CANTIDAD	DESCRIPCION	VIR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	ABONO CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO SEGUN LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO No 042 DE FECHA 02/01/2025 CUYO OBJETO ES PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ASISTENCIAL PROFESIONAL EN ODONTOLOGIA, CON DESTINO A LA E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FUNZA Y SUS PUESTOS DE SALUD EL HATO Y SIETE TROJES.	\$ 2.729.500,00	\$ 2.729.500,00
		VALOR TOTAL:	\$ 2.729.500,00
		IMPUESTO ASUMIDO:	\$ -
		TOTAL A PAGAR:	\$ 2.729.500,00

FIRMA:

Declaro bajo la gravedad de juramento, que: Sobre los ingresos percibidos (SI  ) o NO (  ), se tomaran costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.7 del decreto unico reglamentario 1625 de 2016. Si no utilizo al final del año costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar la tarifa de retención establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario. En caso afirmativo, en donde Si adjudico costos y gastos para enfrentarlos a mis ingresos por favor aplicar las retenciones con la tarifa tradicionales del artículo 392 del Estatuto Tributario (4%, 6%, 10% u 11%). La información suministrada es fidedigna y corresponde al presente contrato de prestación de servicios.

FAVOR PAGAR A LA CUENTA:

CORRIENTE

AHORROS

X

DECLARANTE SI


NO

X

BANCO DAVIVIENDA

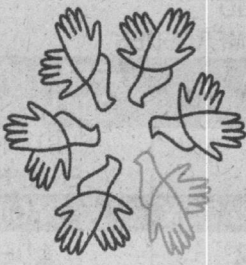
NO. CUENTA 4870442672

Decreto 1625 de 2016, Artículo 1.6.1.4.40. Documento equivalente a la Factura, personas regimen comun o personas naturales no comerciantes inscritas en el regimen simplificado.

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>			
	<b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	INFORME		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-TH-F-011	4	27/07/2022	1 DE 5	

**1. INFORMACION DEL CONTRATISTA:**

<b>NUMERO DE CONTRATO</b>	042- 2025 ✓
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	DIANA OSIRIS CRUZ ORDOÑEZ ✓
<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y/O NIT</b>	1.014.212.194 ✓
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	02/01/2.025 ✓
<b>VALOR DEL CONTRATO</b>	\$ 10.918.000 ✓
<b>PLAZO DE EJECUCION</b>	4 MESES ✓
<b>PRORROGA (ADICION)</b>	
<b>FECHA FINAL DEL CONTRATO</b>	HASTA EL 30 DE ABRIL DE 2.025 ✓
<b>FECHA TERMINACION ANTICIPADA (si aplica)</b>	
<b>VALOR ADICION</b>	
<b>VALOR CONTRATO DEL CONTRATO + ADICION</b>	\$ 10.918.000 ✓
<b>OBJETO CONTRATO</b>	Prestar servicios de apoyo a la asistencial profesional en odontología, con destino a la E.S.E Hospital Nuestra Señora de Las Mercedes del Municipio de Funza y sus puestos de salud el hato y siete trojes. ✓
<b>PERÍODO A QUE CORRESPONDE EL INFORME</b>	ENERO del 2025 ✓
<b>FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME</b>	ENERO del 2025 ✓
<b>NUMERO DE INFORME</b>	1 de 4 ✓
<b>SALDO DE EJECUCIÓN PRESUPUESTAL</b>	\$ 10.918.000 ✓
<b>VALOR A PAGAR EN LA PRESENTE ACTA</b>	\$ 2.729.500 ✓
<b>ENTIDAD BANCARIA, N° DE CUENTA</b>	BANCO DE DAVIVIENDA ✓ N° DE CUENTA 4870442672 DE AHORROS ✓
<b>SUBGERENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO __X__ SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD __X__</b>	
<b>NOMBRE DEL SUPERVISOR DELCONTRATO</b>	ANDREA MARCELA CASTILLO ✓ SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD ✓ JAIRO VELASQUEZ CHACON ✓ SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA ✓


	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>			
	<b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	INFORME		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-TH-F-011	4	27/07/2022	2 DE 5	

2. **TIPO DE INFORME:** Marque con una x el tipo de informe.

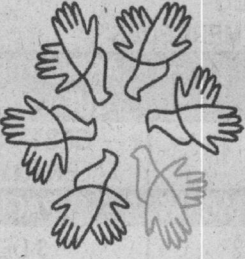
Informe Mensual <u>    X    </u>	Informe Final <u>                    </u>
----------------------------------	---

3. **OBLIGACIONES ESPECIFICAS:** Escriba todas las obligaciones contractuales específicas con el detalle de cada una y el grado de cumplimiento.

No	OBLIGACIONES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	DETALLE DE ACTIVIDAD	% DE CUMPLIMIENTO
1	Apoyar el proceso de odontología del hospital y los puestos salud el Hato y Siete trojes en cuanto el cumplimiento del sistema obligatorio de garantía de la calidad	Se Apoyó el Servicio De Odontología En El Puesto De Salud De Siete Trojes.	25%
2	Supervisar la correcta utilización y efectividad de los distintos métodos de esterilización y desinfección de acuerdo al tipo de material o elementos necesarios para cada especialidad.	se superviso el correcto manejo de la zona de esterilización.	25%
3	Recibir el paciente, revisar la Historia Clínica y analizar el plan de tratamiento.	se recibió al paciente agendado en la hora y día y se realizó la revisión de la historia clínica del paciente para continuidad del tratamiento odontológico.	25%
4	Evaluar al usuario que acuda a consulta de acuerdo a su práctica profesional idóneo en el área de odontología.	se realizó revisión de historia clínica y odontograma del paciente para determinar tratamiento en cada cita	25%
5	Entregar al usuario información precisa sobre los métodos de ejecución de las actividades odontológicas y los riesgos o posibles efectos secundarios.	se realizó entrega recomendaciones a los pacientes según tratamiento realizado durante y posterior a la consulta.	25%
6	Recomendar las acciones de tratamiento preventivo y curativo de las patologías diagnosticadas, de acuerdo con los protocolos o guías de manejo adoptadas para tal efecto.	se realizó entrega recomendaciones a los pacientes según tratamiento realizado durante la consulta.	25%

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO			
	"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"			
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE		ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	INFORME		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA ELABORACION	PAGINA
A-TH-F-011	4	27/07/2022	3 DE 5	

7	Resolver inquietudes y preguntas del usuario respecto a su salud bucal y al funcionamiento del servicio	se realizó entrega recomendaciones a los pacientes según tratamiento realizado durante la consulta.	25%
8	Remitir correctamente a los pacientes para evaluación y tratamiento de las patologías que por su complejidad deben ser tratadas por un nivel de atención superior, o por otra disciplina de la salud o en caso de complicación durante el tratamiento	se realizó la entrega a los usuarios la documentación correspondiente para la culminación de tratamientos especializados en la eps correspondiente.	25%
9	Remitir los usuarios a los programas de promoción y prevención de salud	se realizó las reemisiones a los usuarios a los programas de pyd que maneja el hospital	25%
10	Programar las citas.	No se realizó, se encarga el área de facturación.	25%
11	Expedir (en nombre completo) la formulación de medicamentos al paciente por su patología lo requiera y darlo por escrito las indicaciones precisas para su utilización.	se realizó entrega a los pacientes las fórmulas de los medicamentos para el manejo del dolor y poder continuar en el tratamiento odontológico	25%
12	Explicar al paciente los servicios que se ofrecen y las posibilidades de tratamiento	se realizó la explicación a los pacientes sobre las posibilidades de manejar otras alternativas de manejo frete a diversas patologías que se presentan.	25%
13	Hacer la lista de compra de materiales, equipos y herramientas necesarias para el buen funcionamiento del consultorio	no se ha realizado dicha lista debido a que farmacia no lo ha solicitado	25%
14	Prestar los servicios en los puestos de salud y en el horario asignado por el supervisor previamente.	no se ha realizado dicha lista debido a que farmacia no lo ha solicitado	25%
15	Realizar planes de mejoramiento frente a la ruta de atención de 3280 de 2018 y el seguimiento de las mismas	no se realizó capacitación frete a las mejoras que requiere el hospital frente a la 3280	25%
16	Realizar de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	Se realiza de manera oportuna la publicación del informe de actividades con soportes en la plataforma SECOP II.	25%

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>			
	<b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	INFORME		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-TH-F-011	4	27/07/2022	4 DE 5	


**4. RELACION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** Si es primera cuenta, por favor adjuntar certificados de afiliación, de lo contrario adjuntar planilla de seguridad social pagada.

**4.1 DESCRIPCION PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:** Por favor describa el pago del mes vencido de sus aportes y adjunte su planilla pagada.

<b>MES DE PAGO</b>	<b>DICIEMBRE 2024</b>
No. PLANILLA	83075380
APORTE SALUD	\$162.500
APORTE PENSION	\$208.000
APORTE ARL	\$31.700
APORTE CAJA COMPENSACION	0
<b>VALOR TOTAL PAGADO</b>	<b>\$402.200</b>

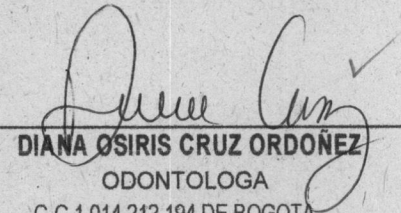
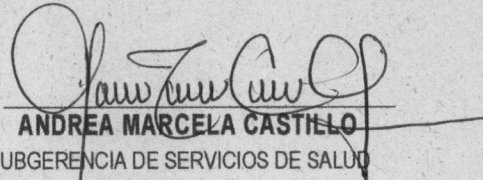
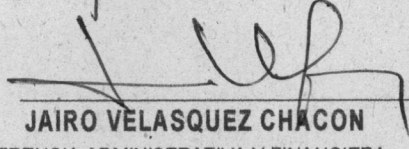
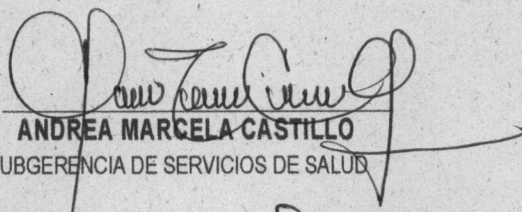

**DECLARACIÓN No. 1:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

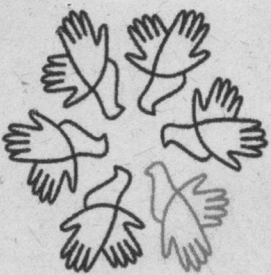
SI  NO

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO</b>			
	<b>"HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>			
	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRE</b>		<b>ÁREA O PROCESO QUE LO GENERA</b>
	FORMATO	INFORME		GESTION DEL TALENTO HUMANO
	<b>CÓDIGO</b>	<b>VERSIÓN</b>	<b>FECHA ELABORACION</b>	<b>PAGINA</b>
A-TH-F-011	4	27/07/2022	5 DE 5	

**DECLARACIÓN No. 2:** Manifiesto que he cumplido con mi obligación de cotizar a salud y pensión de acuerdo con lo establecido en el contrato, y que no he recibido ingresos adicionales durante el presente mes que aumenten la base de cotización.

SI  NO

<b>Contratista y/o Representante</b>	<b>Vto. Bueno</b> Líder de proceso o área en el cual realiza sus actividades
 <b>DIANA OSIRIS CRUZ ORDOÑEZ</b> ODONTOLOGA C.C 1.014.212.194 DE BOGOTA	 <b>ANDREA MARCELA CASTILLO</b> SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD   <b>JAIRO VELASQUEZ CHACON</b> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
<b>Supervisor del Contrato</b>	
 <b>ANDREA MARCELA CASTILLO</b> SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD   <b>JAIRO VELASQUEZ CHACON</b> SUBGERENCIA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA	
<b>Visto Bueno Tesorería</b>	
<hr/> <b>Firma</b>	

	<b>EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO "HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES"</b>		
	TIPO DE DOCUMENTO	NOMBRE	AREA O PROCESO QUE LO GENERA
	FORMATO	CERTIFICACION PQRSDF	GESTIÓN DE ATENCION AL USUARIO
	CÓDIGO	VERSIÓN	FECHA DE ELABORACION
	M-AU-F-001	3	22/02/2022
		PAGINA	1 de 1

DE: SIAU

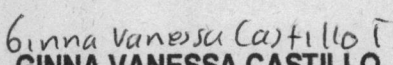
PARA: SUBGERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

ASUNTO: CERTIFICACIÓN PQRSDF A SATISFACCIÓN

Cordial Saludo,

La líder de la oficina SIAU se permite certificar que el señor/a **DIANA OSIRIS CRUZ ORDONEZ**, identificado/a con CC. No. 1.014.212.194 de Bogotá, Quien se desempeña en el cargo de **ODONTOLOGA** en el marco de la ejecución del contrato de prestación de servicios: de Apoyo a la Gestión Asistencial profesional en odontología, con destino a la E.S.E. Hospital Nuestra Señora de las Mercedes del Municipio de Funza y sus puestos de salud Hato y Siete Trojes. no registra PQRSDF pendientes en el mes de **enero**.

Atentamente

  
**GINNA VANESSA CASTILLO**  
 TRABAJO SOCIAL - SIAU

En constancia se firma en el municipio de Funza en el mes de Enero de 2.025.

Elaboró y Proyectó: Ginna Castillo/Trabajo Social - SIAU.  
 Revisó: Andrea Marcela Castillo González - Subgerente de Servicios de Salud.  
 Aprobó: Julia Isabel Muelle Plazas - Gerente.

Quienes proyectamos, revisamos y aprobamos, declaramos que el presente documento lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y por lo tanto bajo nuestra responsabilidad lo recomendamos para la firma de la Gerencia de la E.S.E.









# CRONOGRAMA ENERO

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
			<p style="text-align: center;">1</p> <p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p>	<p style="text-align: center;">2</p> <p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p>
<p style="text-align: center;">1</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:3 Control de placa:3 Educación en salud oral:3 Detartrajes X2: 3 Profilaxis:3 Aplicación de flúor:0 Sellantes X4:0 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:3 Controles:1 Pulpectomía:0</p>	<p style="text-align: center;">2</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:4 Control de placa:4 Educación en salud oral:4 Profilaxis:4 Detartraje X2:3 Aplicación de flúor:1 Resina:1 Pulpectomía:0 Remisión:0 Control:0</p>	<p style="text-align: center;">3</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:4 Control de placa:4 Educación en salud oral:4 Profilaxis:4 Detartraje X2:3 Aplicación de flúor:1 Resina:1 Pulpectomía:0 Remisión:0 Control:0</p>			

6	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano y/o el sistema de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar Indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:03 Control de placa:03 Educación en salud oral:03 Detartrajes X2: 03 Profilaxis:03 Aplicación de flúor:0 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:01 Control:02 Pulpectomía:0</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar Indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:2 Control de placa:3 Educación en salud oral:3 Detartrajes X2:2 Profilaxis:3 Aplicación de flúor:3 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:2 Pulpectomía:1</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar Indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:1 Control de placa:1 Educación en salud oral:1 Detartrajes X2:1 Profilaxis:1 Aplicación de flúor:0 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:4 Control:1 Pulpectomías:2 Remisiones:2</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar Indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:3 Control de placa:3 Educación en salud oral:3 Detartrajes X2:5 Profilaxis:3 Aplicación de flúor:1 Sellantes X4:0 Exodoncias: 0 Pulpectomías:1 Remisiones: 1 Resina:5 Control:1</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar Indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:3 Control de placa:3 Educación en salud oral:3 Detartrajes X2:5 Profilaxis:3 Aplicación de flúor:1 Sellantes X4:0 Exodoncias: 0 Pulpectomías:1 Remisiones: 1 Resina:5 Control:1</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente. Terminación del procedimiento. Dar Indicaciones y/o recomendaciones al paciente Pos procedimiento. Entrega de código para próxima cita. Diligenciamiento de historia clínica en el CNT. Diligenciamiento de Rips y/o Sisoc. Finalización de la atención. Lavado de manos.</p> <p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:3 Control de placa:3 Educación en salud oral:3 Detartrajes X2:5 Profilaxis:3 Aplicación de flúor:1 Sellantes X4:0 Exodoncias: 0 Pulpectomías:1 Remisiones: 1 Resina:5 Control:1</p>	10	11
---	--	---	---	---	---	---	----	----

<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente.</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente.</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente.</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente.</p>	<p>Ingreso al consultorio de odontología. Colocación de EPP. Revisión de agenda. Lavado de manos. Supervisar la correcta limpieza desinfección de unidad y entorno del paciente. Supervisar el proceso de esterilización del instrumental. Actividades diarias por paciente: Llamado del paciente por nombre y apellido. Ingreso del paciente. Presentación con el paciente. Firma del paciente en el libro de recomendaciones pre y pos. Revisión de historia clínica. Antecedentes sistémicos, COP. Diligenciamiento a mano de consentimiento informado. Firma de consentimiento informado por parte del paciente. Paso del paciente a la unidad. Realización del procedimiento facturado al paciente.</p>	<p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:3 Control de placa:3 Educación en salud oral:3 Detartrajes X2: 3 Profilaxis:3 Aplicación de flúor:0 Sellantes X4: 0 Exodoncias: 0 Remisiones: 1 Resina:2 Control:1 Pulpectomía:1</p>	<p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:5 Control de placa:5 Educación en salud oral:5 Detartrajes X2:4 Profilaxis:5 Aplicación de flúor:1 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:0</p>	<p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:4 Control de placa:4 Educación en salud oral:4 Detartrajes X2: 3 Profilaxis:4 Aplicación de flúor:2 Sellantes X4: 0 Exodoncias: 3 Remisiones: 1 Resina:0 Control:0 Pulpectomía:0</p>	<p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:0 Control de placa:0 Educación en salud oral:0 Detartrajes X2: 0 Profilaxis:0 Aplicación de flúor:0 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:0 Control:0 Pulpectomía:0</p>	<p>Total, de procedimiento realizados en el día: HC. Odontología:0 Control de placa:0 Educación en salud oral:0 Detartrajes X2: 0 Profilaxis:0 Aplicación de flúor:0 Exodoncias: 0 Remisiones: 0 Resina:0 Control:0 Pulpectomía:0</p>	
--	--	--	--	--	---	--	---	---	---	--