

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                            |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | VALERY LOPEZ ORTEGA                        |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                        | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1233499223 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | VALEORTELOP@GMAIL.COM                      |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3125053432 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                            |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 30 BOMBEROS |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU44E01           | 100                      |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO AV VILLAS S A      |                                            |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 547718705                                  |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 779                      |                                            |                     | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1862              | FECHA                    | 2025-09-17 10:34:18.000                    | NÚMERO DE CRP       | 39402                            | FECHA         | 2025-09-26 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ODONTOLOGO               |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                      | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            | 2025-09-01          |                                  |               | 2025-09-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                            | \$3,339,630         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                            |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                            |                     |                                  | \$14,530,320  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                     |                                  | \$3,339,630   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                            |                     |                                  | \$3,339,630   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                            |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                            |                     |                                  | \$11,190,690  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                            |                     |                                  | 23%           |                                                                                     |            |
| El intervisor 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 |                                                                                     |            |
| 9490645979                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,453,032       | \$181,629                | \$232,485                                  | 3                   | \$35,396                         | \$449,510     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| David Eduardo Peñuela Jiménez<br>1018420569<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                            |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                 | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar la Consulta de odontología de consulta externa según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud y/o donde el supervisor del contrato lo requiera | Consulta odontológica de consulta externa según la agenda programada con oportunidad y calidez.                                                                                                             | Consulta de odontología de consulta externa según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. |
| Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando la normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico.                                                                 | Diligenciamiento de historia clínica sistematizada con a normatividad vigente                                                                                                                               | Historias clinicas sistematizadas y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico.                       |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.                                                                                                                                                                                                                     | Autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas                                                                                                                                 | Se realiza, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas                                                                                                                                                     |
| Adherirse y aplicar las Guías de práctica clínica que estan aprobadas actualmente para la subred suroccidente, segun corresponda.                                                                                                                                                                                         | Adhesion y aplicación de las Guías de práctica clínica que estan aprobadas actualmente para la subred suroccidente                                                                                          | Adhesion y aplicación de las Guías de práctica clínica que estan aprobadas actualmente para la subred.                                                                                                                         |
| "Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades"                                                                                                                                                                          | Prevencion y/o correccion de los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades                                                                                                | "Se ejecutan las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades"                                                                                       |
| En caso de presentar dificultades para asistir a la consulta programada debiera informar oportunamente al supervisor del contrato y garantizar la reprogramacion en la agenda                                                                                                                                             | Informar oportunamente al supervisor del contrato novedades de asistencia.                                                                                                                                  | Se informa oportunamente dificultades de asistencia para manejo de agenda.                                                                                                                                                     |
| Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.                                                                                                                                                         | Referencia y contrarreferencia requerida dentro de los lineamientos de redes de servicios de salud y de acuerdo a las normas que la regulan.                                                                | Se ferencia y contrarreferencia según requerimiento y de acuerdo a las normas que la regulan.                                                                                                                                  |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                               | Se reportan eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                  | Reporte de eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                      |
| Cumplir y hacer cumplir las normas establecidas por la institucion en materia de bioseguridad, seguridad del paciente, referencia y contrareferencia, manejo integral de residuos, entre otros.                                                                                                                           | Cumplir las normas establecidas por la institucion.                                                                                                                                                         | Se cumplen las normas establecidas por la institucion en materia de bioseguridad entre otro                                                                                                                                    |
| "Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados"                                                                                                                                                                                                               | "Revision y aviso oportuno al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados"                                                                                                         | "Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados"                                                                                                                    |
| Dar cumplimiento a la meta establecida de actividades a realizar en el mes.                                                                                                                                                                                                                                               | Diligenciamiento de los consentimientos informado de acuerdo al cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred y la necesidad del paciente. | Se iligencian los consentimientos informados requeridos e indicados a el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred                                        |
| " Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 15 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred"                                                                                                                            | Rendicion de cuentas de los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas                                                                                                             | "Se realiza un adecuado manejo e informe de los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato"                                  |
| " Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato"                                                                                                                                                         | Cumplimiento a la meta establecida de actividades a realizar en el mes.                                                                                                                                     | Se cumple la meta establecida de actividades a realizar en el mes.                                                                                                                                                             |
| Dar cumplimiento a la meta establecida de actividades a realizar en el mes.                                                                                                                                                                                                                                               | Brindar trato humanizado a nuestros usuarios y suministrar adecuado y correcto de la informacion en salud al usuario y la Familia                                                                           | Trato humanizado a usuarios y suministrar adecuado y correcto de la informacion en salud al usuario y la Familia                                                                                                               |
| Dar un trato humanizado a nuestros usuarios en terminos de calidez, seguridad, vocacion de servicios, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integridad, solidaridad, oportunidad, y suministrar adecuado y correcto de la informacion en salud al usuario y la Familia                                  | Participar en procesos de habilitación y/o acreditación                                                                                                                                                     | Participacion en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.o                                                                                |
| Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                                                               | Reporte oportuno de los sucesos de seguridad que se presenten en la prestación de servicio.                                                                                                                 | Reporte oportuno de sucesos de seguridad que se presenten en la prestación de servicio.                                                                                                                                        |
| Reportar en forma oportuna los sucesos de seguridad que se presenten en la prestación de servicio.                                                                                                                                                                                                                        | Apoyar a la Subred en las actividades que demande                                                                                                                                                           | participacion en las actividades que demande tales como semana de seguridad al paciente, humanizacion, plataforma estrategica y demas actividades programadas                                                                  |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande tales como semana de seguridad al paciente, humanizacion, plataforma estrategica y demas actividades programadas                                                                                                                                                        | Seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo.                                                                                                           | Seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo.                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                      |                                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar seguimiento al contrato junto con el supervisor del contrato para revisar la ejecución del mismo.                                                                               | Se vela por el adecuado funcionamiento de los equipos odontológicos y su custodia                                    | Se utiliza y se vela por el funcionamiento de los equipos odontológicos, su custodia y reporto oportunamente cualquier daño que se presente en ellos. |
| Velar por el adecuado funcionamiento de los equipos de su especialidad, así como de su custodia y reportar oportunamente cualquier daño que se presente en ellos.                        | Se custodia la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | Custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas                                  |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.                                                      | Uso de la bata y careta según lineamiento Institucional                                                              | Se usa bata y careta según lineamiento Institucional, en el contexto de seguridad del paciente.                                                       |
| Uso adecuado de la bata y careta según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata"™ en el contexto de seguridad del paciente.                  | USAR BATA Y ELEMENTOS DE BIOSEGURIDAD                                                                                | SE USAN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL                                                                                                              |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato                                                                                               | Se realizan actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato                                  | Actividades asignadas de acuerdo con el objeto del contrato                                                                                           |
| Presentación de cuenta de cobro, acompañada de la entrega de constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Se presenta cuenta de cobro y constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud.            | Se presenta cuenta de cobro y constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud.                                             |

David Eduardo Peñuela Jiménez  
1018420569  
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