

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|---------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                             |               | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       | Maria suly cumaco poloche                   |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       | C.C                                         | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1105057314 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                       | sulycumaco@outlook.com                      |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3002035151 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                       |                                             |               |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS VILLA JAVIER |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                                     |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA35E01              | 100                                   |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                       |                                             |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                       | 468200057189                                |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 662                                   |                                             |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2156                 | FECHA                                 | 2025-11-05 00:00:00.000                     | NÚMERO DE CRP | 47545                            | FECHA         | 2025-11-10 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                       | DESDE                                       | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                             | 2025-10-01    |                                  |               | 2025-10-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                       |                                             | \$1,925,844   |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       |                                             |               |                                  | \$17,332,596  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                             |               |                                  | \$17,332,596  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                       |                                             |               |                                  | \$1,925,844   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                       |                                             |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                       |                                             |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                       |                                             |               |                                  | 100%          |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 9491955215                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526            | \$113,566                             | \$145,364                                   | 3             | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>IBET JUSSEFF MORA MURCIA<br>52973584<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                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.                                                                                                                                                                                       | Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.                                                                                                                                                                                       | Asignación de códigos a los usuarios                                                                                                |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                  | Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                  | anexar en pdf todas las actividades realizadas                                                                                      |
| Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia                                                                                                                                      | Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia                                                                                                                                      | anexar actividades odontogramas                                                                                                     |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según Requerimientos de la Subred.                                                                                                                | Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según Requerimientos de la Subred.                                                                                                                | anexar acta de EAC o LSC                                                                                                            |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento                                                                                  | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento                                                                                  | cargue de las carpetas con las obligaciones asignadas                                                                               |
| Responder por 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                                                                           | Anexar pdf del inventario a cargo en caso de terminación de contrato realizar acta de entrega                                       |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                    | Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                                    | anexar acta de la reunión mensual                                                                                                   |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                         | Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                         | se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los tickets realizados a su nombre.  |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales                                                                                                                                                   | Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales                                                                                                                                                   | en el mes de marzo se participó en la jornada de BARNIZ DE FLUOR, formato de cumplimiento de metas                                  |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                   | Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                   | Anexar lo de seguridad social mensualmente                                                                                          |
| Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución                                                                                                      | Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución                                                                                                      | Apoyo en la identificación del odontograma                                                                                          |
| Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución. | Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución. | anexar pdf de demanda inducida y efectiva                                                                                           |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                  | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                  | NA                                                                                                                                  |
| Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente con su debido registro, en el consultorio asignado                                                                                                              | Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente con su debido registro, en el consultorio asignado                                                                                                              | Anexar pdf de los formatos diligenciados o registros de limpieza y desinfección del consultorio de odontología                      |
| hacer uso del carne institucional..                                                                                                                                                                                                      | hacer uso del carne institucional..                                                                                                                                                                                                      | NA                                                                                                                                  |
| Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc                                                          | Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc                                                          | Anexar planilla y pantallazo del secop                                                                                              |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                  | Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                                  | NA                                                                                                                                  |
| Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas)                                                                             | Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas)                                                                             | formato en excel o físico escaneados con el seguimiento diario de la agenda y llamadas para el profesional asignado en plan padrino |
| Estar presto a las demás necesidades que se requieran                                                                                                                                                                                    | Estar presto a las demás necesidades que se requieran                                                                                                                                                                                    | NA                                                                                                                                  |

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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