Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	clara ines hernadez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51662453	
CORREO ELECTRONICO:	claraih5@hotmail.com				CELULAR:	3005957760	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS LA ESTACIÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA29E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	58248018567				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1305			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	19544	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,132,296				
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:	$14,000,736
VALOR EJECUTADO	$11,466,120
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,132,296
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,534,616
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	82%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1081915259	$933,382	$116,673	$149,341	3	$22,737	$288,751

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Atender la consulta programada de odontología general y las urgencias odontológicas, con calidad y oportunidad.	Atiendo la consulta programada de odontología general y las urgencias odontológicas con calidad y oportunidad.	Registro diario/mensual de pacientes atendidos en consulta y urgencias cargado en el sistema institucional.
Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su servicio, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente.	Realizo actividades, valoraciones, exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios del servicio.	Historia clínica con evidencia del procedimiento, valoración o examen realizado.
Registrar de manera completa, legible, oportuna y veraz en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente.	Registro de manera completa, legible y veraz en la historia clínica la evolución y plan de tratamiento.	Historias clínicas auditables y completas
Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo.	Diligencio el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizo su archivo.	Consentimientos informados firmados y archivados según el protocolo.
Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos establecidos.	Solicito exámenes paraclínicos cuando es necesario según protocolos.	Solicitudes de paraclínicos justificadas y registradas adecuadamente en historia clínica.
Realizar el seguimiento, control, referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando se requiera, de acuerdo con la red de servicios de salud.	Realizo seguimiento, control, referencia y contrarreferencia según red de servicios.	Registros de controles, seguimientos y remisiones cargados en el sistema.
Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Registro en historia clínica de la orientación brindada al paciente y familia.
Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, incluyendo la atención de pacientes con factura, y mantener actualizados los informes estadísticos y sistemas de información a su cargo.	Llevo el registro de procedimientos y mantengo actualizados informes estadísticos y sistemas de información.	Reportes estadísticos actualizados y carga de procedimientos en sistemas institucionales.
Apoyar los procesos de costos y facturación de los servicios prestados, responder por las glosas generadas por errores atribuibles a su gestión y asumir el cien por ciento (100 %) de aquellas que le sean imputables.	Apoyo costos y facturación, respondo por glosas atribuibles a mi gestión.	Glosas atendidas y corregidas oportunamente; validación correcta de datos para facturación.
Revisar la agenda de citas el día anterior e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la producción.	Reviso la agenda de citas el día anterior e informo novedades al supervisor.	Informe o reporte de novedades de agenda enviado oportunamente.
Adherirse a la Política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente, a través de la intranet, los sucesos de seguridad, eventos adversos o posibles eventos adversos.	Me adhiero a la Política de Seguridad del Paciente y reporto eventos en la intranet.	Registro formal de eventos adversos, incidentes o cuasi eventos en el sistema institucional.
Notificar las fallas de calidad del servicio mediante los aplicativos institucionales, participar en los análisis y ejecutar las acciones de mejora definidas.	Notifico fallas de calidad y ejecuto acciones de mejora.	Reportes en aplicativos institucionales y evidencia de participación en actividades de mejora.
Elaborar e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados.	Elaboro planes de mejora individual derivados de auditorías.	Documento del plan de mejora y evidencias de su implementación.
Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y adherirse a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Apoyo el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, habilitación y acreditación.	Actas, registros o soportes de participación en actividades de habilitación o acreditación.
Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas, implementando estrategias como la reposición de inasistencias para garantizar el cumplimiento de metas.	Cumplo con indicadores de rendimiento y metas de horas pagadas.	Informe mensual de productividad y evidencia de reposición de inasistencias, si aplica.
Participar en jornadas de inducción, capacitación, reuniones y actividades a las que sea convocado.	Participo en inducciones, capacitaciones, reuniones y actividades institucionales.	Listas de asistencia, certificados o actas que acreditan la participación.
Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred.	Conozco y cumplo procedimientos, protocolos y lineamientos institucionales.	Resultados positivos en auditorías internas que evidencian adherencia a lineamientos.
Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación.	Uso adecuado del uniforme y el carné de identificación.	Verificaciones del supervisor o control institucional de presentación personal.
Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y devolverlos al finalizar el contrato.	Respondo por elementos entregados para mis actividades y los devuelvo al finalizar el contrato.	Acta de responsabilidad inicial y acta de devolución de elementos al finalizar el contrato.
Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral junto con la cuenta de cobro.	Entrego mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social.	Constancia mensual anexada a la cuenta de cobro.
Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta.	Informo oportunamente cuando se presenta un caso fortuito o fuerza mayor.	Comunicación escrita al supervisor describiendo la novedad y anexando soporte.
Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y acordes con el objeto contractual.	Realizo demás actividades asignadas por el supervisor.	Informe o soporte de las actividades adicionales realizadas conforme a instrucción.

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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