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:	ana campo						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	29540231	
CORREO ELECTRONICO:	anacampo_4@hotmail.com				CELULAR:	313 3797988	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD ORAL PYD ESTACION				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA29E06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20055654993				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5816			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	788	FECHA	2023-04-12 10:27:35.000	NÚMERO DE CRP	20298	FECHA	2023-04-17 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2023-07-01		2023-07-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,851,816						
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:	$39,523,342
VALOR EJECUTADO	$30,259,875
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,263,467
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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
9452655089	$908,526	$113,566	$145,364	5	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. 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
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.	Preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesaria para el desarrollo de las actividades en el consultorio odontológico	Evidencia del profesional e higienista oral
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Se da información requerida por el usuario para su atención en salud oral	Se evidencia en el registro de las carpetas
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Se ejecuta basado en las normas establecidas a nivel institucional	Se ejecuta basado en las normas establecidas a nivel institucional
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Toma de radiografías periapicales ordenadas por el profesional	Evidencia del profesional Registro y firmas en formatos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Se realiza todos los procedimientos requeridos para contribuir en su cumplimiento.	Se realiza todos los procedimientos requeridos para contribuir en su cumplimiento.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento	Se revisa las actividades cada mes como es requerido	Carpetas de registro del usuario y profesional y sistemáticamente
Responder por los elementos entragados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contraro.	Se realiza inventario de los instrumentos conque se atiende al usuario. Se entrega en cada turno de auxiliares de salud oral y vigilancia.	Carpetas de registro del usuario y profesional y sistemáticamente
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se participa a las ULG, ULC y demás reuniones convocadas por la institución	Evidencia en registro de actas de asistencia
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Se reporta al lider del proyecto y por sistema	Registros y firma
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Se participa junto al profesional de salud oral	Evidencia con el profesional
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos instituciones	Se realiza según lo requerido	Evidencia del profesional y líder del proyecto
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de informacíon de la Subred	Se ejecuta el registro en carpetas y sistema según lo requerido	Evidencia por registro en las carpetas
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensionesy riesgos profesionales mensualmente	Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social	Registro en los formatos establecidos por la institución
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Mantener la bioseguridad y en órden el consultorio odontológico entre otros para la atención del usuario.	Registro y firmas

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

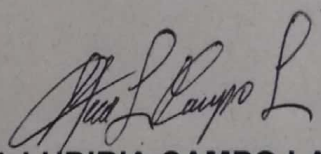
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANA LUDIBIA CAMPO LATORRE

C.C 29.540.231 DE GUACARI

La suma de $1.851.816 por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar Salud oral) en la unidad (USS ESTACION) durante el periodo de 1 de Julio al 31 de julio de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N. 5816 -2022.

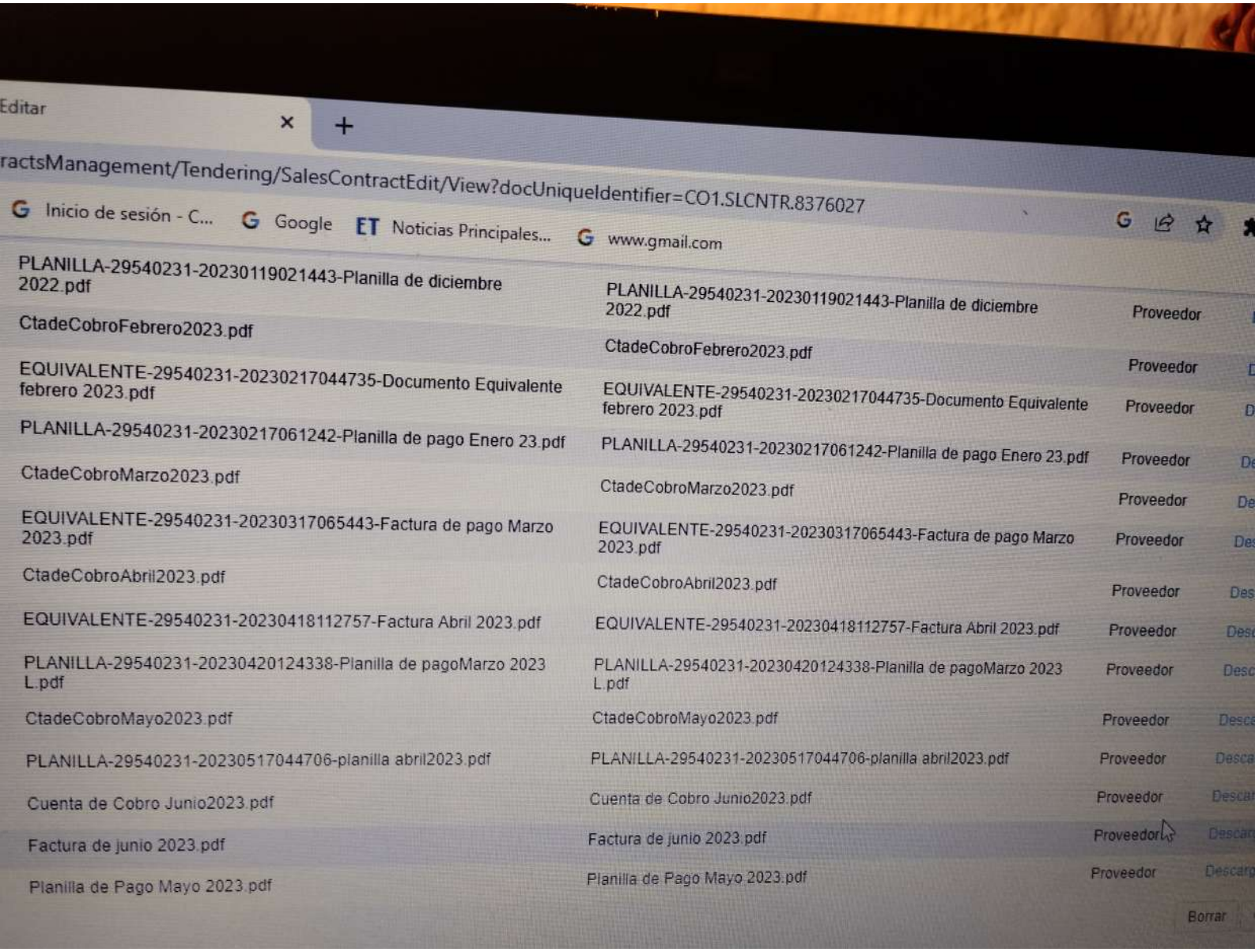


ANA LUDIBIA CAMPO LATORRE

C.C. 29.540.231 DE GUACARI

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20055654993


Editar
ractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.8376027
Inicio de sesión - C...
Google
Noticias Principales...
www.gmail.com
PLANILLA-29540231-20230119021443-Planilla de diciembre 2022.pdf
CtadeCobroFebrero2023.pdf
EQUIVALENTE-29540231-20230217044735-Documento Equivalente febrero 2023.pdf
PLANILLA-29540231-20230217061242-Planilla de pago Enero 23.pdf
CtadeCobroMarzo2023.pdf
EQUIVALENTE-29540231-20230317065443-Factura de pago Marzo 2023.pdf
CtadeCobroAbril2023.pdf
EQUIVALENTE-29540231-20230418112757-Factura Abril 2023.pdf
PLANILLA-29540231-20230420124338-Planilla de pagoMarzo 2023 L.pdf
CtadeCobroMayo2023.pdf
PLANILLA-29540231-20230517044706-planilla abril2023.pdf
Cuenta de Cobro Junio2023.pdf
Factura de junio 2023.pdf
Planilla de Pago Mayo 2023.pdf
PLANILLA-29540231-20230119021443-Planilla de diciembre 2022.pdf
Proveedor
CtadeCobroFebrero2023.pdf
Proveedor
EQUIVALENTE-29540231-20230217044735-Documento Equivalente febrero 2023.pdf
Proveedor
PLANILLA-29540231-20230217061242-Planilla de pago Enero 23.pdf
Proveedor
CtadeCobroMarzo2023.pdf
Proveedor
EQUIVALENTE-29540231-20230317065443-Factura de pago Marzo 2023.pdf
Proveedor
CtadeCobroAbril2023.pdf
Proveedor
EQUIVALENTE-29540231-20230418112757-Factura Abril 2023.pdf
Proveedor
PLANILLA-29540231-20230420124338-Planilla de pagoMarzo 2023 L.pdf
Proveedor
CtadeCobroMayo2023.pdf
Proveedor
PLANILLA-29540231-20230517044706-planilla abril2023.pdf
Proveedor
Cuenta de Cobro Junio2023.pdf
Proveedor
Factura de junio 2023.pdf
Proveedor
Planilla de Pago Mayo 2023.pdf
Proveedor
Borrar

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29540231		CAMPO LATORRE ANA LUDIBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 114 145-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2126671263	9451382331	I	2023/06/08	2023/06/08	BANCOLOMBIA	0	$330,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	29540231 CAMPO ANA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 29540231		CAMPO LATORRE ANA LUDIBIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 114 145-56	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3783923	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-05	2023-05	2126671263	9451382331	I	2023/06/08	2023/06/08	BANCOLOMBIA	0	$330,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$0	$0	$185,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$0	$0	$185,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$0	$0	$145,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$0	$0	$145,000
TOTAL				1	$330,600	$0	$0	$330,600