| 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: | CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 46358123 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | cricobayona@gmail.com | | | | CELULAR: | 3002035000 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS OLARTE | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | PA31E01 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20265701798 | | | | | | PENSIONADO | SI | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3030 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 328 | FECHA | 2024-01-20 16:49:01.000 | NÚMERO DE CRP | 15242 | FECHA | 2024-02-01 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ODONTOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-02-01 | | 2024-02-29 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,135,792 | | | | |
| 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: | $9,941,886 |
| VALOR EJECUTADO | $3,135,792 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,135,792 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,806,094 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 32% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1741672498 | $1,254,317 | $156,790 | $200,691 | 3 | $30,555 | $388,035 |

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. 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 urgencias odontológicas. | cumplir agenda programada | reflejado en la agenda, dinamica, informe mensual, resultado de auditorias |
| Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO." | Se realiza diligenciamiento de Historias clinicas, y diligenciamineto de fichas. | Historia Clinica y SISVESOS |
| Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999 | Adherencia a las guias de manejo de la Institucion. Realizacion Historia Clinica en Dinamica | entrega de informe mensual, entrega de consentimientos informados debidamente diligenciados y planilla de control |
| Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario. | realizar diagnostico adecuado para formular el tratamiento seguro y oportuno para el paciente y contribuir con su bienestar | Ordenes |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a mi disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje | se aplican guias de manejo institucional manuales y protocolos |
| Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral. | se contribuye para la buena prestacion del sertvicio de salud oral | notificacion lider |
| Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos | informe mensual | envio a la coordinacion del servicio, lider del centro y auxiliar de estadistica |
| Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos. | realizo apoyo al area de facturacion con el fin de que sea eficaz en ambos servicios con una comunicación redundante. y se responde por las glosas generadas | Doy claridad a los paciente para que realicen un correcto proceso de facturacion. |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | "se cumple con las metas de producción acordadas con el supervisor del contrato para efectos de actividades y/o productos a prestar, conforme a los lineamientos pactados." | meta de produccion, informe mensual |
| Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas). | se adhiere a las agenda institucional | Agenda institucional |
| Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional. | Uso de manera adecuada mis elementos personales de identificacion siempre visibles . | Uso del carnet de identificacion institucional |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. | "Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar." | asumo el 100 de las glosas |

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 Controlada 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:**

**CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA**

**C.C 46358123 DE SOGAMOSO**

La suma de $ 3.135,792 por concepto de: Prestación de Servicios como Profesional de Odontología en la USS Olarte, durante el periodo de 1 al 29 de febrero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3030-2024



**CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA**

**C.C.46358123 DE Sogamoso**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 20265701798**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46358123 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CLAUDIA ESTHER RICO BAYONA RICO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 113 51 53 | TELÉFONO: | 2131326 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **1741672498** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES enero AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES enero AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/02/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 414375 |

## TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 165.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 165.700 | $ 0 | $ 0 | $ 165.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 165.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 165.700** |

## TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 32.300 | $ 32.300 | $ 0 | $ 0 | $ 32.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 32.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 32.300** |

## LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 46358123 | RICO BAYONA CLAUDIA ESTHER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 1.325.585 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 1.325.585 | $ 165.700 | $ 0 | $ 165.700 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.325.585 | 46358123 | $ 32.300 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 198.000** |

Planilla Pagada