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 PATRICIA CUBILLOS BOSSA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52174139	
CORREO ELECTRONICO:	klauss9060@hotmail.com				CELULAR:	3143544141	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS CENTRO DÍA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO04E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	473870084281				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2976			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000	NÚMERO DE CRP	26402	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-04-01		2024-04-30		
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:	$5,555,448
VALOR EJECUTADO	$5,555,448
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
75656089	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	SE ALIMENTAN PERMANENTEMENTE TODOS LOS SISTEMAS DE INFORMACION	DINAMICA, FORMATOS DE DESINFECCION DE ESTERILIZACION ETC
Atender la consulta programada con rendimiento de tres consulta por hora(higienista).	SE ATIENDE LA CONSULTA PROGRAMADA A RAZON DE TRES PACIENTES HORA	AGENDA PROGRAMADA SEGUN LIDER
Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	SE PRESENTAN LAS EVALUACIONES PERTINENETES DE MANERA OPORTUNA	PRE TEST Y POS TEST
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	PRE TEST Y POS TEST	DINAMICA
Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)	SE HACE DEMANDA INDUCIDA PARA EL SERVICIO DE ODONTOLOGIA	SE GENERAN CODIGOS, ORDENES DE SERVIVIO AGENDAS ETC
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SE CUMPLE CON LAS NORMAS, PROCEDIMIENTOS Y MANUALES	MANUAL DE BIOSEGURIDAD, MANUAL DE SEGURIDAD DEL PACIENTE ETC
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral	SE CONTRIBUYE EN LA EVALUACOIN DE ACTIVIDADES QUE GENERAN IMPACTO	FORMATO DE ACTIVIDADES, DINAMICA
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista)	SE REALIZA INFORME DE GESTION MENSUAL OPORTUNAMENTE	FORMATO DE ACTIVIDADES DE ODONTOLOGIA Y SALUD ORAL
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	SE APOYA A FACTURACION EN EL PROCESO CON LOSPACIENTES	GENERACION DE ORDENES DE SERVICIO, ETC
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 la responsabilidad el contratista.	SE ASUME EL 100% DE LA GLOSA GENERADA POR FACTURACION ERRONEA	INFORME DE GLOSAS MENSUAL
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	SE RECEPCIONA AL PACIENTE DIRECCIONENADOLO AL SERVIICIO CORRESPONDIENTE	FORMATO DE ODONTOLOGIA, AGENDA MANUAL, FACTURTACION
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	SE COLABORA Y SE ASISTE AL ODONTOLOGO PARA LA ATENCION DE PACIENTES	PLANILLAS DE INSUMOS, CARPETA DE RX, FORMATO DE ACTIVIDAES,
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente	SE ESTERILIZA Y DESINFECTA EL CONSULTORIO Y LOS EQUIPOS	CARPETAS DE ESTERILIZACION
Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista	SE PREPARA EL AMBIENTE PARA EL ODONTOLOGO Y LOS PACIENTES	AGENDAS PROGRAMADAS
Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados	NO APLICA	NO APLICA
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	SE ELABORA Y CONTROLA ADECUADAMENTE LOS PEDIDOS DE MATERIAL	CARPETA DE INSUMOS, CARPETA DE RX
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SE CUMPLE CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS	MANUAL DE BIOSEGURIDAD
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	SE REALIZAN TODADS LAS TAREAS QUE LA LIDER ASIGNE	ÀGENDAS PROGRAMADAS

Copia Certificada Subred Sur Occidente

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52174139	CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS BOSSA	calle 35 b sur 73 a 40 blq 1 ap 203	3184466120	klauss9060@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	11/04/2024	75656089	$403.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	2	300	0	162.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	2	400	0	208.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	2	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.800
Pensión	1	208.000	208.400
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	403.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52174139	CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS BOSSA		calle 35 b sur 73 a 40 blq 1 ap 203	3184466120	klauss9060@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-03	2024-03	I	11/04/2024	75656089	$403.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52174139	CUBILLOS BOSSA CLAUDIA PATRICIA	59	0			N																	25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	EJECUCION A ENERO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	EJECUCION A ENERO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A FEBRERO 2024 - CLAUDIA CUBILOS.pdf	EJECUCION A FEBRERO 2024 - CLAUDIA CUBILOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A MARZO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	EJECUCION A MARZO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

Datos guardados

DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS BOSSA

C.C52.174.139 DE BOGOTA

La suma de un millón ochocientos cincuenta y un mil ochocientos dieciséis pesos m/cte. ($1.851.816) por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Salud Oral, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 30 de abril 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2976-2024 en la sede Uss centro día.



CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS BOSSA
Nombre decontratista

C.C52.174.139 DE BOGOTA

CUENTA DEAHORROSDAVIVIENDA

NUMERO 473870084281