

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					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	1845	FECHA	2024-08-15 16:19:52.000	NÚMERO DE CRP	50015	FECHA	2024-08-15 22:16:25.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-07-01			2024-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,981,244					
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:						\$11,110,896			
VALOR EJECUTADO						\$11,031,248			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,981,244			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$79,648			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						99%			
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		
78201692	\$908,526	\$113,566		\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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									

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 PERTINENTES 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 EVALUACION 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	AGENDAS PROGRAMADAS

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

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	52174139	CLAUDIA PATRICIA CUBILLOS BOSSA		calle 35 b sur 73 a 40 blq 1 ap 203	3184466120	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-06	2024-06	I	11/07/2024	78201692	\$428.800

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	1	200	0	162.700	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	1	200	0	208.200	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	1	100	31.800			317	31.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	162.700
Pensión	1	208.000	208.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.800
CCF	1	26.000	26.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-06	2024-06	I	11/07/2024	78201692	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.800

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

- 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

PorcentajeRecepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

SíNo

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
☐	EJECUCION A ABRIL 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	EJECUCION A ABRIL 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A MAYO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	EJECUCION A MAYO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A JUNIO 2024 CLAUDIA CUBILLOS.pdf	EJECUCION A JUNIO 2024 CLAUDIA CUBILLOS.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

BorrarCargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

DOCUMENTO EQUIVALENTE 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 novecientos ochenta y un mil doscientos cuarenta y cuatro pesos m/cte. (\$1.981.244) 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 31 de Julio 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 de contratista

C.C52.174.139 DE BOGOTA

CUENTA

DE AHORROS DA VIVIENDA

NUMERO 473870084281