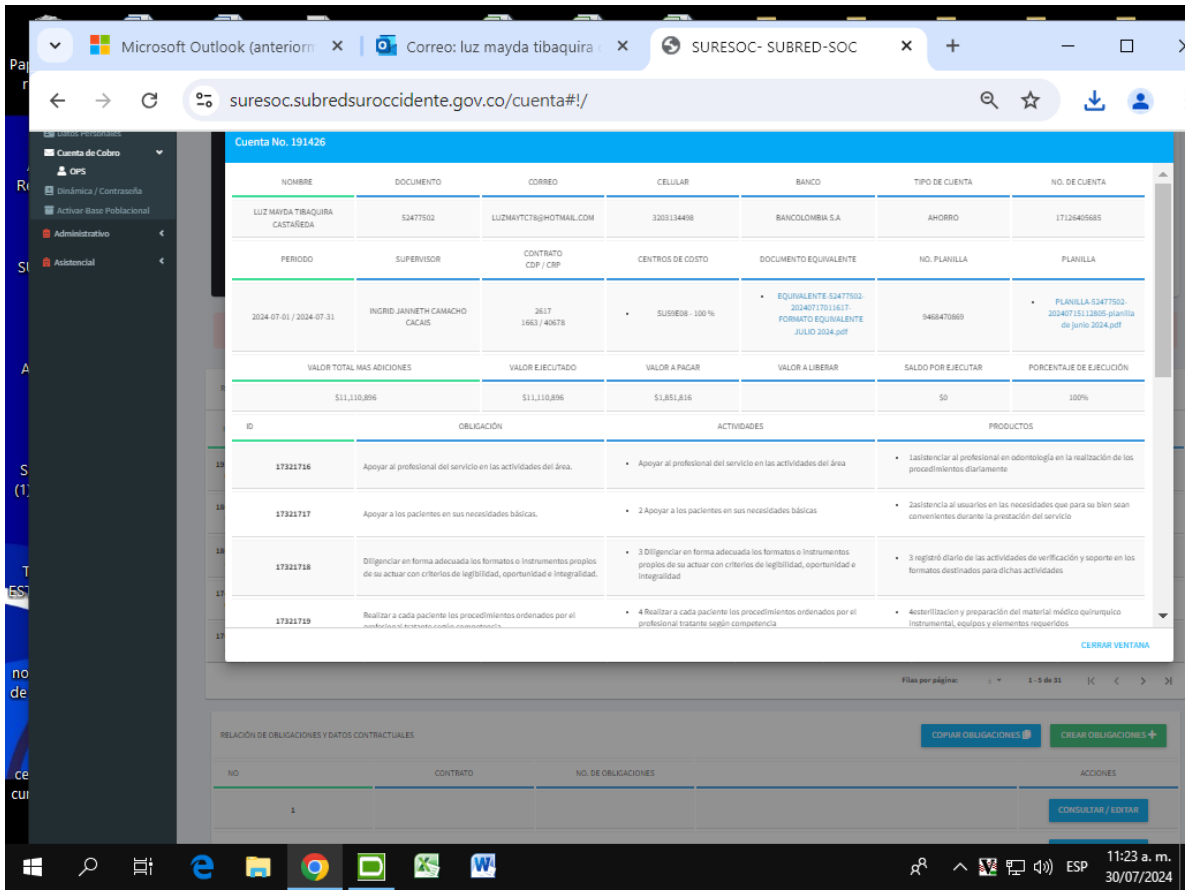

Microsoft Outlook (anteriorm
Correo: luz mayda tibaquira
SURESOC- SUBRED-SOC
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Cuenta de Cobro
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Cuenta No. 191426
NOMBRE
DOCUMENTO
CORREO
CELULAR
BANCO
TIPO DE CUENTA
NO. DE CUENTA
LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA
52477502
LUZMAYTC78@HOTMAIL.COM
3203134498
BANCOLOMBIA S.A
AHORRO
17126405685
PERIODO
SUPERVISOR
CONTRATO CDP / CRP
CENTROS DE COSTO
DOCUMENTO EQUIVALENTE
NO. PLANILLA
PLANILLA
2024-07-01 / 2024-07-31
INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
2617 1663 / 40678
SU59E08 - 100 %
EQUIVALENTE 52477502-20240717011617-FORMATO EQUIVALENTE JULIO 2024.pdf
9468470869
PLANILLA 52477502-20240715112805-planilla de junio 2024.pdf
VALOR TOTAL MAS ADICIONES
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
VALOR A LIBERAR
SALDO POR EJECUTAR
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$11,110,896
$11,110,896
$1,851,816
$0
100%
ID
OBLIGACIÓN
ACTIVIDADES
PRODUCTOS
17321716
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área.
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área
1asistenciar al profesional en odontología en la realización de los procedimientos diariamente
17321717
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.
2 Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas
2asistencia al usuarios en las necesidades que para su bien sean convenientes durante la prestación del servicio
17321718
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
3 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad
3 registró diario de las actividades de verificación y soporte en los formatos destinados para dichas actividades
17321719
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia
4 Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia
4esterilizacion y preparación del material médico quirurquico instrumental, equipos y elementos requeridos
CERRAR VENTANA
Filas por página:
1 - 5 de 31
RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES
COPIAR OBLIGACIONES
CREAR OBLIGACIONES
NO
CONTRATO
NO. DE OBLIGACIONES
ACCIONES
1
CONSULTAR / EDITAR
ESP
11:23 a. m.
30/07/2024

| 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: | LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52477502 | |
| CORREO ELECTRONICO: | LUZMAYTC78@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3203134498 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ENDODONCIA USS 92 PATIOS | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU59E08 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 17126405685 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2617 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1663 | FECHA | 2024-07-10 15:54:37.000 | NÚMERO DE CRP | 40678 | FECHA | 2024-07-10 16:16:25.000 |
| 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: | $1,851,816 | | | | | | |
| 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: | $11,110,896 |
| VALOR EJECUTADO | $11,110,896 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9468470869 | $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 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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. | Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área | 1asistenciar al profesional en odontología en la realización de los procedimientos diariamente |
| Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. | 2 Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas | 2asistencia al usuarios en las necesidades que para su bien sean convenientes durante la prestación del servicio |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 3 Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad | 3 registró diario de las actividades de verificación y soporte en los formatos destinados para dichas actividades |
| Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | 4 Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia | 4esterilizacion y preparación del material médico quirurquico instrumental, equipos y elementos requeridos |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | 5 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred | 5 Se apoya el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | 6 Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento | 6 Se elabora el informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | 7 Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | 7 Se responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 8 Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado | 8 Se participa en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | 9 Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | 9 Se notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 10 Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | 10 Se Cono y se da cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales | 11 Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales | 11 Se Apoya a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 12 Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred | 12 Se registra las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 13 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | 13 Se Entrega constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | 14 Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | 14 Se Realiza las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato |

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE No.07/2024

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

C.C N0. 52477502

La suma de 1851816 UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS m/cte, por concepto de prestación de servicios como auxiliar en salud oral en el área de odontología sede: caps 92 patios. Durante el periodo del 01 al 31 de julio de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2617-2024

Luz Mayda Tibaquira Castañeda

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

C.C N0. 52477502

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

No. 17126405685

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 52477502 | | TIBAQUIRA CASTAÑEDA LUZ MAIDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | clle 56h N 98c 30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5768437 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | 1000000777 | 9468470869 | I | 2024/07/03 | 2024/07/11 | BANCO DE BOGOTA | 8 | $372,800 |

**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)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 52477502 | TIBAQUIRA LUZ | 25-14 | 30 | $1,300,000 | $208,000 | EPS008 | 30 | $1,300,000 | $162,500 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | $1,300,000 | $208,000 | | | $1,300,000 | $162,500 | | | $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 52477502 | | TIBAQUIRA CASTAÑEDA LUZ MAIDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | clle 56h N 98c 30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5768437 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2024-06 | 2024-06 | 1000000777 | 9468470869 | I | 2024/07/03 | 2024/07/11 | BANCO DE BOGOTA | 8 | $372,800 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $208,000 | $1,300 | $0 | $209,300 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $208,000 | $1,300 | $0 | $209,300 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $162,500 | $1,000 | $0 | $163,500 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $162,500 | $1,000 | $0 | $163,500 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$370,500** | **$2,300** | **$0** | **$372,800** |