| 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: | LUCIA BERNAL TORRES | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52130286 | |
| CORREO ELECTRONICO: | LUCIABERNAL74@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3123214292 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE13E01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24400002607 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2632 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2242 | FECHA | 2024-10-31 16:34:27.000 | NÚMERO DE CRP | 65664 | FECHA | 2024-10-31 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2024-10-01 | HASTA | FECHA FINAL 2024-10-31 | | |
| 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: | $16,666,344 |
| VALOR EJECUTADO | $14,814,528 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,851,816 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 80389308 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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 |
|---|---|---|
| "1. Prestar la atención odontológica definida para el primer nivel de atención acorde con los servicios. planes de beneficios y proyectos o líneas de intervención del modelo de atención de salud" | Preste la atención odontológica definida para el primer nivel de atención acorde con los servicios. planes de beneficios y proyectos o líneas de intervención del modelo de atención de salud" | Prestar la atención odontológica definida para el primer nivel de atención acorde con los servicios. planes de beneficios y proyectos o líneas de intervención del modelo de atención de salud" |
| 2. Participar en el diseño. ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud. en el componente de salud oral. que se establezcan para la institución. la localidad o en el área de influencia. | Participe en el diseño. ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud. en el componente de salud oral. que se establezcan para la institución. la localidad o en el área de influencia. | Cumplir con las metas establecidas en higiene oral |
| 3. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución | Participe en el diseño. ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud. en el componente de salud oral. que se establezcan para la institución. la localidad o en el área de influencia. | Cumplir con las metas establecidas en higiene oral |
| "4. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y realizar la supervisión de las actividades del equipo humano de odontología" | Propicie las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y realizar la supervisión de las actividades del equipo humano de odontología" | Dar cumplimiento a las actividades asignadas |
| "5. Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana. protección específica. y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS. el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución" | Desarrolle y apoye la realización de actividades de detección temprana. protección específica. y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS. el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución" | Demanda inducida para la deteccion temprana |
| "6. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados. en el área asignada. " | Realize las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados. en el área asignada. " | Se realizan actividades de P Y D (Control placa, sellantes y aplicación de fluor en barniz y demanda inducida) |
| 7. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad | Promovi el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad | Se cuidan los elementos biomedicos para la realizacion de mis actividades |
| " 8. Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud. prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural. necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente." | Desarrolle y apoye la ejecución de actividades de promoción en salud. prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural. necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente." | Se realizan actividades de P Y D (Control placa, sellantes y aplicación de fluor en barniz y demanda inducida) |
| 9. Elaborar las historias clínicas completas (atención primera vez. plan de tratamiento. procedimientos. urgencias. detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente. de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales. | Elabore las historias clínicas completas (atención primera vez. plan de tratamiento. procedimientos. urgencias. detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente. de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales. | Se diligencia historia clinica con consentimiento informado |
| "10. Realizar el ejercicio de autocontrol. autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar." | "Realize el ejercicio de autocontrol. autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar." | Realize el ejercicio de autocontrol. autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar." |
| 11. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados. en el área asignada. | Realize las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados. en el área asignada. | Realize las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados. en el área asignada. |
| 12. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | Apoye el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | Se hace demanda inducida |
| 13. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | Participe en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | Firma en las actas de las evaluaciones realizadas y adquiri conocimiento del proceso |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 14. Evaluar junto con el equipo de salud. la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | Evalue junto con el equipo de salud. la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | se explica al paciente todos los servicios y especialidades que tenemos en la institucion |
| 15. Realizar la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera. dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | Realize la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera. dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | El odontologo hace la Remision según especialidad que necesite el paciente |
| 16. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. | Participe en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. | Reporto al odontologo cualquier situacion que ponga en riesgo la salud oral de la poblacion |
| 17. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | dentifique las necesidades y participe en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | dentifique las necesidades y participe en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. |
| 18. Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. | Participe en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. | Participe en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. |
| 19. Aplicar lineamientos. normas. guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales. | Participe en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. | cumplir con manual de bioseguridad y protocolos |
| 20. Reportar oportunamente las anomalías que ser presenten durante la prestación del servicio. | Reporte oportunamente las anomalías que ser presenten durante la prestación del servicio. | realizacion de ticket |
| " 21. Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales. a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución." | realizacion de ticket | Se realiza el informe de gestion mensual y se hace entrega a sus respectivos directores |
| 22. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil. | Participae en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil. | Participae en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil. |
| "23. Participar activamente en las reuniones designadas por el supervisor. relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales. según programación." | Participe activamente en las reuniones designadas por el supervisor. relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales. según programación." | Participe activamente en las reuniones designadas por el supervisor. relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales. según programación." |
| 24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. | Garantize la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. | Garantize la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. |
| 25. Revisary notificar al lider el estado de las agendas de los servicos programados. | Garantize la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. | Se verifica la agenda antes de la fecha para no tener cupos vacios |

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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 Sur Occidente

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 | 52130286 | ALBA LUCIA BERNAL TORRES | kr 36 # 1 f - 59 | 4762291 | luciabernal74@hotmail.com | |
| 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 (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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 12/11/2024 | 81188033 | $428.200 | |

## 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 | 0 | 0 | 0 | 162.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 208.000 | 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 | 0 | 0 | 31.700 | | | 317 | 31.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 26.000 | 0 | 0 | 26.000 | 1 |

**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 | 162.500 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 208.000 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 31.700 |
| CCF | 1 | 26.000 | 26.000 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 428.200 | 428.200 |

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 | 52130286 | ALBA LUCIA BERNAL TORRES | | kr 36 # 1 f - 59 | 4762291 | luciabernal74@hotmail.com | |
| 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 (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 12/11/2024 | 81188033 | $428.200 | |

## 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 | 52130286 | BERNAL TORRES ALBA LUCIA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 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

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A**

**ALBA LUCIA BERNAL TORRES**

**C.C 52130286 DE BOGOTA**

**La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS PESOS M/CTE. (1.851.816) por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar en el área de la salud oral de la unidad subred sur occidente durante el periodo de 1 al 31 de OCTUBRE año 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2632-2024**



**ALBA LUCIA BERNAL TORRES**

**C.C 52.130.286 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO: 24400002607**