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:	Johanna Andrea Laguna Hernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52255833	
CORREO ELECTRONICO:	andrealaguna39@gmail.com				CELULAR:	5262801	
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:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24123369350				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2986			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	65930	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,126,102				
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:	$28,698,498
VALOR EJECUTADO	$27,328,182
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,126,102
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,370,316
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
80474783	$1,196,658	$149,582	$191,465	3	$29,151	$370,198

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
Atender la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas	Se atiende consulta programada de acuerdo al servicio	Historia clinica
Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO	Se realiza historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO	Historia clinica
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Se diligencia e manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Historia clinica
Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario	Cuando asi se requiera	Ordenes de acuerdo a cada diagnostico
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	En ejecucion	permanente
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral	Cuando asi se requiera	Cuando asi se requiera
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos.	Se registra informe mensual de acuerdo al servicio	Informe de producción y rendimiento
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos	cuando así se requiera	cuando así se requiera
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Actividades de acuerdo al perfil	cuando así se requiera
Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas).	Se lleva control de agendas de al manual institucional	Programacion de agendas
Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional	Permanente	En ejecucion
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.	cuando asi se requiera	cuando asi se requiera

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

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	52255833	JOHANNA ANDREA LAGUNA HERNANDEZ	CARRERA 17a 135 28	5262801	andrealaguna39@gmail.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	
2024-09	2024-09	I	18/10/2024	80474783	$431.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	10	1.200	0	163.700	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	10	1.500	0	209.500	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	10	300	32.000			317	32.000	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	10	200	26.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	10	0	0	0
ICBF				
0	10	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	163.700
Pensión	1	208.000	209.500
Riesgos Laborales	1	31.700	32.000
CCF	1	26.000	26.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	431.400

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
CC	52255833	JOHANNA ANDREA LAGUNA HERNANDEZ		CARRERA 17a 135 28	5262801	andrealaguna39@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-09	2024-09	I	18/10/2024	80474783	$431.400	

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	52255833	LAGUNA HERNANDEZ JOHANNA ANDREA	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	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

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 - JOHANNA LAGUNA.pdf	EJECUCION A ENERO 2024 - JOHANNA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A FEBRERO 2024 - JOHANNA LAGUNA.pdf	EJECUCION A FEBRERO 2024 - JOHANNA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A MARZO 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf	EJECUCION A MARZO 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A ABRIL 2024 - JOHANNA LAGUNA.pdf	EJECUCION A ABRIL 2024 - JOHANNA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION A MAYO 2024- JOHANNA LAGUNA.pdf	EJECUCION A MAYO 2024- JOHANNA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	PLANILLA Y SOPORTES A JUNIO 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf (Archivado)	PLANILLA Y SOPORTES A JUNIO 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ON A JUNIO 2024 - JOHANA 2).pdf	EJECUCION A JUNIO 2024 - JOHANA LAGUNA (2).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ON A JULIO 2024 - JOHANA pdf	EJECUCION A JULIO 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ON A AGOSTO 2024 - AGUNA.pdf	EJECUCION A AGOSTO 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ON A SEPTIEMBRE 2024 - AGUNA.pdf	EJECUCION A SEPTIEMBRE 2024 - JOHANA LAGUNA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA

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

DEBEA:

JOHANNAANDREA LAGUNA HERNANDEZ

C.C52.255.833 DEBOGOTA

La suma de tres millones ciento veintiséis mil ciento dos pesos m/cte. ($3.126.102) por concepto de: Odontóloga General, durante el periodo de 01 al 31 de octubre de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2986-2024 en la sede Uss Tintal.



JOHANNAANDREALAGUNA HERNANDEZ

Nombrede contratista

C.C 52.255.833 DE BOGOTA

CUENTADEAHORROSCAJA SOCIAL

NUMERO23009308191