| 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 | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 72536 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| 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: | $18,518,160 |
| VALOR EJECUTADO | $18,478,336 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $39,824 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 81721452 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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 CORRESPONDIENT | 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 | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 13/11/2024 | 81721452 | $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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 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 | 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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 13/11/2024 | 81721452 | $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 | 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

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 |
| ☐ | 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 |
| ☐ | EJECUCION A JULIO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | EJECUCION A JULIO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION A AGOSTO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | EJECUCION A AGOSTO 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION A SEPTIEMBRE 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | EJECUCION A SEPTIEMBRE 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | EJECUCION A OCTUBRE 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.pdf | EJECUCION A OCTUBRE 2024 - CLAUDIA CUBILLOS.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:**

**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 Noviembre 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2976-2024 en la sede Uss centro día.

**CLAUDIAPATRICIA CUBILLOS BOSSA**
**Nombredecontratista**

**C.C52.174.139 DE BOGOTA**

**CUENTA**

**DEAHORROSDAVIVIENDA**

**NUMERO 473870084281**