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:	Carolina Guerrero Figueroa								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52773485			
CORREO ELECTRONICO:	carolinaguerrerof04@gmail.com				CELULAR:	3134090850			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	SU50E01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550473800064452						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2616			VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	7381	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000	
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:	$16,666,344
VALOR EJECUTADO	$16,666,344
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
81186042	$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.

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
Alimentar permanentemente los sistemas de información y registros que están a su cargo y mantenerlos al día.	Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.	registro carpetas diarias.
Atender la consulta programada de higiene oral. Aplica para higienistas	En caso que se requiera.	cumplir con la agenda asignada.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	Darle el manejo adecuado a la información de historias clínicas	se siguen protocolos de la subred.
Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista)	Se realizan la respectiva información del tratamiento y se dan recomendaciones.	Se cumple dando las respectivas recomendaciones.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	Cumplo de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución.	se siguen protocolos establecidos por la subred.
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Contribuir dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir.	Contribuir dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir.
Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista).	Realice y entregue puntualmente mis informes de gestión, cumpliendo con el 100% de las actividades asignadas, realizar el informe solicitado por el supervisor del contrato.	Informe de gestión al día con un rendimiento del 100%
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos	Apoyo y verifico la correcta facturación de los procedimientos a realizar evitando de esta manera la posible glosa.	Revisión de historias clínicas, en dinámica.
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.	Asumiré los planes de mejora en los que tenga responsabilidad.	Asumiré los planes de mejora en los que tenga responsabilidad.
.Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	Verifico que se encuentre afiliado y activo en el sistema.	.Correcta verificación de la documentación, y afiliación.
Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	.Apoyo al odontólogo y se realiza desinfección de equipos, instrumental y areas del consultorio.	ayudar al odontólogo, el consultorio debe estar limpio y desinfectado e instrumental esterilizado.
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente	se aplica los lineamientos con buen lavado y esterilizado del instrumental de odontologia, limpieza de la unidad entre paciente y paciente, lavado e higienización de manos, y utilización de los elementos de protección.	Utilizo correctamente los elementos de protección personal.
. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	aplica los lineamientos con buen lavado y esterilizado del instrumental de odontologia, limpieza de la unidad entre paciente y paciente, lavado e higienización de manos, y utilización de los elementos de protección.	Utilizo correctamente los elementos de protección personal.
Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	Realizo los pedidos oportunamente teniendo en cuenta las existencias.	se cumple realizando los pedidos en las fechas estipuladas.
Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla establecida	Se verifica constantemente que el inventario se encuentre al día.	Se cumple revisando y actualizando lo que se requiere.
Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional.	Uso adecuadamente el uniforme instruccional.	Utilizo correctamente el uniforme y el carnet.

copia certificada
subred sur occidente

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

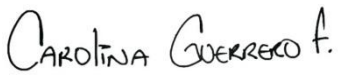
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CAROLINA GUERRERO FIGUEROA

CC 52773485 DE BOGOTÁ

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL OCHOCIENTOS DIECISEIS M/CTE ($1851.816) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ODONTOLOGIA/HIGIENISTA EN EL AREA DE ODONTOLOGIA, durante el periodo de Noviembre 01 al 30 de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No2616-2024



CAROLINA GUERRERO FIGUEROA

NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA

CC 52773485 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 550473800064452

Cuenta No. 211852

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
Carolina Guerrero Figueroa	52773485	carolinaguerrerof04@gmail.com	3134090850	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	550473800064452

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2024-11-01 / 2024-11-30	INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS	2616 164 / 7381	• SU50E01 - 100 %	• EQUIVALENTE-52773485-20241116091845-DOCUMENTO EQUIVALENTE NOVIEMBRE CAROLINA 2024.pdf	81186042	• PLANILLA-52773485-20241116091845-PLANILLA OCTUBRE 2024 CAROLINA GUERRERO.pdf

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$16,666,344	$16,666,344	$1,851,816		$0	100%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
17240439	Alimentar permanentemente los sistemas de información y registros que están a su cargo y mantenerlos al día.	• Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.	• registro carpetas diarias.
17240440	Atender la consulta programada de higiene oral. Aplica para higienistas	• En caso que se requiera.	• cumplir con la agenda asignada.
17240441	Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	• Darle el manejo adecuado a la información de historias clínicas	• se siguen protocolos de la subred.

CERRAR VENTANA

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	52773485	CAROLINA GUERRERO FIGUEROA	CL 48 A SUR # 79 10	4834427	carolinaguerrerof04@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	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81186042	$402.200	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	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

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	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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
CC	52773485	CAROLINA GUERRERO FIGUEROA		CL 48 A SUR # 79 10	4834427	carolinaguerrerof04@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	
2024-10	2024-10	I	14/11/2024	81186042	$402.200	

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	Estornudo	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	52773485	GUERRERO FIGUEROA CAROLINA	59	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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