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:	Bernarda Davila Davila						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	24130385	
CORREO ELECTRONICO:	bernardadavila@hotmail.com				CELULAR:	3143902729	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 48 SAN PABLO				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO05E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380689203				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	639			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15587	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-04-01		2025-04-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,925,844						
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:	$7,703,376
VALOR EJECUTADO	$5,777,532
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,925,844
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
85149200	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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 mantiene alimentado el sistema de información	productos , formatos de limpieza y desinfeccion, esterilizacion,registro de entrega de elementos de proteccion personal, registro de anestesicos, resgistros de temperatura.
. Presentar las evaluaciones programadas por la subred sur occidente para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo	a los colaboradores las diferentes áreas nos hacen visitas y nos evalúan	por medio de listas de chequeo evalúan nuestro nivel de conocimientos de los temas
. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.	Ayude en odontología en el diligencia miento de la historia clínica de manera completa, legible y oportuna dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	historia clinica diligenciada completamente
. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la subred suroccidente	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la subred suroccidente
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral	se canalizan todos los pacientes para aplicacion de fluor segun la edad , control de placa, educacion en salud oral.	canalizar pacientes para fluorizacion,control de placa, educacion en salud oral
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos. -	verifique codigos para que el paciente facture correctamente	pacientes facturados correctamente , no se presentaron glosas en el mes
Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	verificar los 4 inequívocos	atencion del paciente correcto
. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	asistí al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	colabore y asistí al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias
Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente	Realicé los procesos de limpieza, desinfección y esterilización de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termo higrometría, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil del dispositivo	Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registró la vida útil de los dispositivos
. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista	Preparé el ambiente del consultorio para la atención, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo	Atención a los pacientes con calidad
. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo	se hacen pedido según lo que se requiere en el servicio	formatos de insumos diligenciado correctamente
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	cumplir con las normas establecidas asegurate del mes de marzo fue la guia de buena practica asegurar la correcta identificacion de los pacientes en los procesos asistenciales	cumplo con las normas y desarrollo mis actividades según lo establecido en los manuales guia de buena practica asegurar la correcta identificacion de los pacientes en los procesos asistenciales
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	cumplir con las demás actividades asignadas por mi supervisor del contrato	cumplo con las demás actividades asignadas por mi supervisor de contrato

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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

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

DEBE A:

BERNARDA DAVILA
C.C 24130385 DE SUSACON (Boyacá)

la suma de un millón novecientos veinticinco ochocientos cuarenta y cuatro pesos ($1.925.844), 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. con un total de 186 horas durante el periodo de 01 al 30 de Abril de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 639-2025

Nombre de contratista
BERNARDA DAVILA
C.C. 24130385 DE SUSACON (Boyacá)
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 7380689203
BANCO DAVIVIENDA

FIRMA: 
CC.: 24130385



Bernarda Davila Davila

AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL

Contrato Actual: 639-2025

3143902729 bernardadavila@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
24130385

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
7380689203

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **30/05/2025**.

RELACION DE CUENTAS 237659

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO
237659	639	2025-04-01 / 2025-04-30	$5,777,532	$1,925,844	75	$1,925,844	APROBADA
232620	639	2025-03-01 / 2025-03-31	$3,851,688	$1,925,844	50	$3,851,688	APROBADA
227343	639	2025-02-01 / 2025-02-28	$5,777,532	$1,925,844	75	$1,925,844	APROBADA
222026	2621	2025-01-01 / 2025-01-31	$22,221,792	$1,851,816	100	$0	APROBADA

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	24130385	BERNARDA DAVILA DAVILA	CRR 127 # 63 K 35	3143902729	bernardadavila@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	
2025-03	2025-03	I	23/04/2025	85149200	$441.000	

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	178.000	0		0		0	1	200	0	178.200	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	227.800	0	0	0	0	1	200	0	228.000	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	34.700				34.700	1	100	34.800			347	34.800	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	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	178.000	178.200
Pensión	1	227.800	228.000
Riesgos Laborales	1	34.700	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	441.000

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	24130385	BERNARDA DAVILA DAVILA		CRR 127 # 63 K 35	3143902729	bernardadavila@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	
2025-03	2025-03	I	23/04/2025	85149200	$441.000	

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	Estudiante	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	24130385	DAVILA DAVILA BERNARDA	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	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? ○ Si ◉ No

Identificación 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		
	MES DE ENERO -2025.pdf (Archivado)	MES DE ENERO -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mes de febrero -2025.pdf	mes de febrero -2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	mes de marzo 2025.pdf	mes de marzo 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >