

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					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	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39299	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-09-01			2025-09-30	
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:						\$17,332,596		
VALOR EJECUTADO						\$15,406,752		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,925,844		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$1,925,844		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						89%		
El intervisor 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		
89167582	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	e mantiene alimentado el sistema de información	productos , formatos de limpieza y desinfección, esterilización, registro de entrega de elementos de protección personal, registro de anestésicos, registros 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 diligenciamiento de la historia clínica de manera completa, legible y oportuna dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999	historia clínica diligenciada completamente
. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	Cumpla 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 aplicación de fluor según la edad , control de placa, educación en salud oral.	canalizar pacientes para fluorización, control de placa, educación 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 códigos 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	atención 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 pedidos según lo que se requiere en el servicio	formatos de insumos diligenciados correctamente
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	cumplir con las normas establecidas el asegurarse del mes es Buena práctica en la utilización de medicamentos seguridad en los procesos quirúrgicos.	cumpli con las normas establecidas el asegurarse del mes es Buena práctica en la utilización de medicamentos
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	asegure del mes es reducir lesiones asociadas a la dependencia, para este mes que realice fue el 92039.	asegure del mes es reducir lesiones asociadas a la dependencia, para este mes que realice fue el 92039.

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

Bernarda Davila Davila

AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL

 Contrato Actual: 639-2025
 3143902729  bernardadavila@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento	Banco
Cédula de ciudadanía	BANCO DAVIVIENDA S.A
No. de documento	Tipo de cuenta
24130385	AHORRO
Sede	No. de cuenta
SUBRED	7380689203

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **30/10/2025**.

RELACION DE CUENTAS 269947

 **Buscar**

CREAR CUENTA 

IDCONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ACCIONES
269947	639 2025-10-01 / 2025-10-31	\$15,406,752	\$1,925,844	88.89	\$1,925,844	Presentada SV. 
264821	639 2025-09-01 / 2025-09-30	\$15,406,752	\$1,925,844	88.89	\$1,925,844	APROBADA  

IDCONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ACCIONES
260941	6392025-08-01 / 2025-08-31	\$13,480,908	\$1,925,844	87.5	\$1,925,844	APROBADA
255466	6392025-07-01 / 2025-07-31	\$11,555,064	\$1,925,844	100	\$0	APROBADA
250520	6392025-06-01 / 2025-06-30	\$7,703,376	\$1,925,844	80	\$1,925,844	APROBADA

Filas por página:

5

1 - 5 de 52

K

<

>

>|

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES

CREAR OBLIGACIONES

NO	CONTRATO	NO. DE OBLIGACIONES	ACCIONES
1	2621	17	CONSULTAR / EDITAR
2	639	13	CONSULTAR / EDITAR



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 septiembre 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89167582	\$440.500

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	0	0	0	178.000	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	0	0		227.800	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	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora

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	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
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.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	11/09/2025	89167582	10
					TOTAL A PAGAR
					\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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