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	1204			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	11811	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-04-01		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,311,050				
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:	$9,244,200
VALOR EJECUTADO	$6,933,150
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,311,050
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,311,050
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
69592625	$924,420	$115,553	$147,907	3	$22,519	$285,979

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. 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
Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área	Asistir al odontólogo en procedimientos clínicos, preparación de instrumental y organización del consultorio.	Registro diario de apoyo en procedimientos y preparación del consultorio para la atencion de pacientes programados.
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Brindar orientación, acompañamiento y asistencia básica durante la atencion en el servicio odontologico	atención humanizada y acompañamiento a pacientes.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	ayudar a Copiar cop de historias clínicas al odontologo, y llenar formatos de limpieza y desinfeccion requeridos .en el consultorio	Formatos diligenciados correctamente en las carpetas correspondientes.
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	no aplica	no aplica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Aplicar protocolos, guías y estándares de calidad establecidos por la Subred.	Lista de verificación de cumplimiento de estándares en el consultorio odontologico.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	no aplica	no aplica
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Custodiar y mantener en buen estado los equipos e insumos asignados.	Acta de entrega y/o inventario firmado.
. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Asistir y participar activamente en actividades institucionales convocadas.	Listado de asistencia firmado o certificado de participación.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Reporte incidentes y fallas detectadas en los equipos odontologicos y ejecutar acciones correctivas definidas.	se coloco tickes de los equipos y reporte las fallas ..
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	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	Llene planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registró la vida útil de los dispositivos
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Participar en actividades y reuniones programadas por la subred .	asisti a la reunion de LASSC el 25 DE marzo 2026
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	verifique codigos para que el paciente facture correctamente y verificar los 4 inequívocos	pacientes facturados correctamente y atención del paciente correcto.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Presentar mensualmente soportes de pago de salud, pensión y arl.	copia de planilla y certificado de pago entregado al supervisor.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	asegurate del mes es buena practica prevencion yb reduccion en la frecuencia de caidas,para este mes el reporte de seguridad al paciente que realice fue el 99897	asegurate del mes es buena practica prevencion yb reduccion en la frecuencia de caidas,para este mes el reporte de seguridad al paciente que realice fue el 99897
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Informar oportunamente a mi supervisor del contrato en caso de presentarse una situación de caso fortuito o fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta o el cumplimiento de las obligaciones contractuales.	Comunicación formal (correo electrónico o informe escrito) dirigida al supervisor del contrato notificando la situación presentada y, de ser necesario, los respectivos soportes.
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	Participar activamente en las capacitaciones, talleres o jornadas formativas asignadas, fortaleciendo las competencias relacionadas con el objeto del contrato.	Listado de asistencia o certificado de participación en las capacitaciones, junto con un breve informe de los temas abordados y su aplicabilidad en el desarrollo de las actividades contractuales.

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

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

Información del contratista

Bernarda Davila Davila

AUXILIAR DE ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL

Contrato Actual: 1204-2026

3143902729 bernardadavila@hotmail.com

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
24130385

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
7380689203

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **26/05/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 301071

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
301071	1204	2026-04-01 / 2026-04-30	$6,933,150	$2,311,050	75	$2,311,050	APROBADA	
29594	1204	2026-03-01 / 2026-03-31	$4,622,100	$2,311,050	50	$4,622,100	APROBADA	
291051	1204	2026-02-01 / 2026-02-28	$2,311,050	$2,311,050	25	$6,933,150	APROBADA	
28642	639	2026-01-01 / 2026-01-31	$23,110,128	$1,925,844	100	$0	APROBADA	
283391	639	2025-12-01 / 2025-12-31	$21,184,284	$1,925,844	100	$0	APROBADA	

Filas por página: 5 1 - 5 de 58

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES COPIAR OBLIGACIONES CREAR OBLIGACIONES

NO	CONTRATO	NO. DE OBLIGACIONES	ACCIONES
1	639	13	CONSULTAR / EDITAR
2	1204	16	CONSULTAR / EDITAR

Subred Suroccidente E.S.E. © 2021

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 dos millones trescientos once cero cincuenta pesos ($2.311.050), 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 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1204-2026

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

FIRMA: 
CC.: 24130385

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69592625	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$541.800	

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	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	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	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	541.800

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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		69592625	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$0	$541.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 24130385	DAVILA DAVILA BERNARDA	59	0			N																	25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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