

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
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	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17772	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	\$2,311,050	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:	\$13,866,300
VALOR EJECUTADO	\$9,244,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,311,050
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4,622,100
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
77182744	\$924,420	\$115,553	\$147,907	3	\$22,519	\$285,979

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Apoyar al profesional del servicio de Odontología 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 atención de pacientes programados.
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Brindar orientación, acompañamiento y asistencia básica durante la atención en el servicio odontológico	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 odontólogo, y llenar formatos de limpieza y desinfección 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 odontológico.
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 odontológicos y ejecutar acciones correctivas definidas.	se colocó ticks 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 codigo dorado ,para este mes el reporte de seguridad al paciente que realice fue el 100632.	asegurate del mes es codigo dorado ,para este mes el reporte de seguridad al paciente que realice fue el 100632.
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.

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

Bernarda Davila Davila

AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA Y/O HIGIENE ORAL



Contrato Actual: 1204-2026



3143902729



bernardadavila@hotmail.com

Información del contratista

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 **25/06/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 306581



Buscar

IDCONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
30 65 81	1204 2026-05-01 / 2026-05-31	\$9,244,200	\$2,311,050	66.67	\$4,622,100	APROBADA	

IDCONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
30 10 71	1204	2026-04-01 / 2026-04-30	\$6,933,150	\$2,311,050	75	\$2,311,050	APROBADA  
29 59 44	1204	2026-03-01 / 2026-03-31	\$4,622,100	\$2,311,050	50	\$4,622,100	APROBADA  
29 10 51	1204	2026-02-01 / 2026-02-28	\$2,311,050	\$2,311,050	25	\$6,933,150	APROBADA  
28 64 62	639	2026-01-01 / 2026-01-31	\$23,110,128	\$1,925,844	100	\$0	APROBADA  

Filas por página:

5 ▼

1 - 5 de 59



RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES CREAR OBLIGACIONES 

NO	CONTRATO	NO. DE OBLIGACIONES	ACCIONES
1			CONSULTAR / EDITAR
2			CONSULTAR / EDITAR
3			CONSULTAR / EDITAR

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

4	CONSULTAR / EDITAR
5	CONSULTAR / EDITAR
6	CONSULTAR / EDITAR
7	CONSULTAR / EDITAR
8	CONSULTAR / EDITAR
9	CONSULTAR / EDITAR
10	CONSULTAR / EDITAR
11	CONSULTAR / EDITAR
12	CONSULTAR / EDITAR
13	CONSULTAR / EDITAR
14	CONSULTAR / EDITAR

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

15

[CONSULTAR / EDITAR](#)

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 31 de Mayo 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

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.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77182744	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	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

