| 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: | Johanna Andrea Laguna Hernandez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52255833 | |
| CORREO ELECTRONICO: | andrealaguna39@gmail.com | | | | CELULAR: | 5262801 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ODONTOLOGIA GENERAL USS TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE13E01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24123369350 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 83 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2243 | FECHA | 2023-09-28 15:52:43.000 | NÚMERO DE CRP | 45043 | FECHA | 2023-09-29 13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ODONTOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2023-09-01 | | 2023-09-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3,126,102 | | | | | | |
| 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: | $26,350,961 |
| VALOR EJECUTADO | $26,350,961 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,126,102 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 70899226 | $1,351,283 | $168,910 | $216,205 | 3 | $32,917 | $418,033 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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 |
|---|---|---|
| Prestar la atención odontológica definida para el primer nivel de atención acorde con los servicios, planes de beneficios y proyectos o líneas de intervención del modelo de atención de salud | Presto la atención odontológica definida para el primer nivel de atención acorde con los servicios, planes de beneficios y proyectos o líneas de intervención del modelo de atención de salud. | adherencia a las guias de manejo en atencion al usuario .seguir lineamientos y reglamento interno de la institucion |
| Participar en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan para la institución, la localidad o en el área de influencia. | Participo en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan para la institución, la localidad o en el área de influencia | "estudiar y tener conocimiento de los proyectos cnn los cuales cuenta la instutucio para contribuir en el cumplimiento " |
| Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución. | Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución | realizar diagnostico adecuado para formular el tratamiento seguro y oportuno para el paciente .contribuir con su bienestar |
| Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y realizar la supervisión de las actividades del equipo humano de odontología | Propiciono las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y realizar la supervisión de las actividades del equipo humano de odontología. | mediante el cumplimiento de las políticas del hospital y lineamientos establecidos,participando en reuniones y actividades requeridas para el buen desarrollo de los procesos |
| Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución. | Propiciono las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y realizar la supervisión de las actividades del equipo humano de odontología. | realizar el sisveso y demanda inducida a los servicios al los cuales tiene derecho y requiere el usuario |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada. | Realizó las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada. | cumplimiento de uets y lineamientos propuestos .realizar actividades con ética y actuar de buena fe y lealtad |
| Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | cumplimiento de uets y lineamientos propuestos .realizar actividades con ética y actuar de buena fe y lealtad | velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos,documentos .bienes.muebles entregados por el hospital para ejecución de actividades |
| Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente | DesarrollÓ y apoyÓ la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo | realizar diagnostico adecuado para formular el tratamiento seguro y oportuno para el paciente .contribuir con su bienestar canalizar y remitir al servicio que requiera |
| Elaborar las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, urgencias, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales. | Elaboró las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, urgencias, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales. | de tratamiento, procedimientos, urgencias, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales. realizando buen diligencionamiento de historias clínicas de acuerdo a parámetros establecidos en uat-auditorias . Cumpliendo con criterios clinicos acordes |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar. | Realizó el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formuló y ejecutó las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar. | actuar siempre colocando en práctica con los valores y contributos según el código de ética |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada. | Realizó las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignad | Por medio del auto control -auto gestión y autor regulación aplicación de guías de manejo y protocolos de atención |
| Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | Apoyó el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud. | dar información adecuada a los usuarios . Un comunicación acertada .divulgación de sus derechos deberes . |
| Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado. | Participó en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado | Realizar el diagnostico y procedimientos seguros |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | Evaluó junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad. | Participar en las uat de odontologos |
| Realizar la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | Realizó la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | Realizando remisiones CADA vez que el paciente según tratamiento lo requiera,para contribuir al buen desarrollo de su salu |
| Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. | Participó en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población. | Seguir cumpliendo con el compromiso institucional, reportar casos de violencia sexual o maltrato que se aborden durante la consulta |
| Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | Identificó necesidades y participó en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad. | participación de ulc -uat para gestionar las necesidades y poder participar en solución de problemas de la comunidad |
| Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. | Participó en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución. | conocer plan de beneficios para realizar las remisiones y canalizar a los servicios que el paciente lo requiera |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales | Aplicó lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales. | aplicar durante la consulta todos los lineamientos y adherencia las guías realizando procedimientos seguros |
| Reportar oportunamente las anomalías que ser presenten durante la prestación del servicio | Reportó oportunamente las anomalías que ser presenten durante la prestación del servicio. | Realizar reportes de eventos adversos ,complicaciones o riesgos que atenten contra la seguridad del usuario |
| Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución. | Presentó informes periódicos y completos sobre el desarrollo de mis obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación | Cumplir mensualmente con los informes requeridos , respuestas, rips que muestren veracidad de las actividades realizadas |
| Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil. | Participó en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil. | Estar en disposición para prestar servicios de salud oral,con calidad velar por seguridad del usuario y estar atento a los cambios que determinen en el proceso de atención |
| Participar activamente en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación | Participó activamente en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación. | asistir a las UAT-ULC-ULG y participar en temas de interés para mejorar el proceso de atención en odontología |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. | Garantizó la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades. | hacer buen uso de la información .historias clínicas consentimientos informados según lineamientos |
| Revisar y notificar al líder el estado de las agendas de los servicios programados. | Revisó y notificó al líder el estado de las agendas de los servicios programados. | verificando agenda en sistema |

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
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 Controlada Subred Sur Occidente

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 | 52255833 | JOHANNA ANDREA LAGUNA HERNANDEZ | CARRERA 17a 135 28 | 5262801 | johanalaguna@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| 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 | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 14/09/2023 | 70899226 | $421.400 | |

## 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 | 169.000 | 0 | | 0 | | 0 | 6 | 1.200 | 0 | 170.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 216.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 6 | 1.500 | 0 | 217.900 | 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 | 33.000 | | | | 33.000 | 6 | 300 | 33.300 | | | 330 | 33.300 | 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 | 169.000 | 170.200 |
| Pensión | 1 | 216.400 | 217.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 33.000 | 33.300 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 418.400 | 421.400 |

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 | 52255833 | JOHANNA ANDREA LAGUNA HERNANDEZ | | CARRERA 17a 135 28 | 5262801 | johanalaguna@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

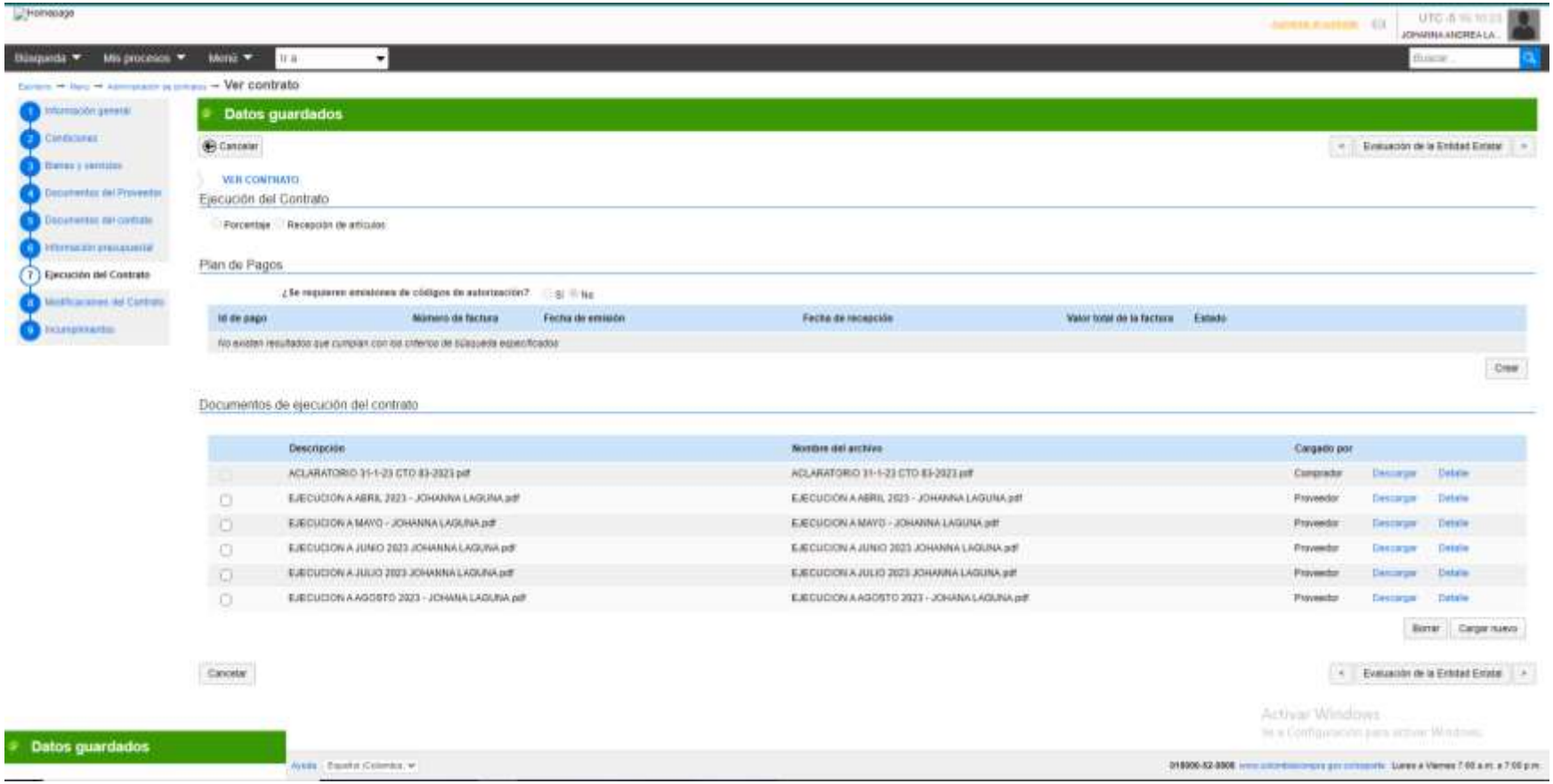
| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-08 | 2023-08 | I | 14/09/2023 | 70899226 | $421.400 | |

## 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 | Estornado | 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 | 52255833 | LAGUNA HERNANDEZ JOHANNA ANDREA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.352.000 | 216.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.352.000 | 169.000 | 14-11 | 1.352.000 | 3 | 33.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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


Homepage
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Ver contrato
Información general
Condiciones
Bienes y servicios
Documentos del Proveedor
Documentos del contrato
Información presupuestal
Ejecución del Contrato
Modificaciones del Contrato
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?
Id 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
ACLARATORIO 31-1-23 CTO 83-2023.pdf
Comprador
EJECUCION A ABRIL 2023 - JOHANNA LAGUNA.pdf
Proveedor
EJECUCION A MAYO - JOHANNA LAGUNA.pdf
EJECUCION A JUNIO 2023 JOHANNA LAGUNA.pdf
EJECUCION A JULIO 2023 JOHANNA LAGUNA.pdf
EJECUCION A AGOSTO 2023 - JOHANA LAGUNA.pdf
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Activar Windows
Datos guardados

**DOCUMENTOEQUIVALENTE FACTURA**

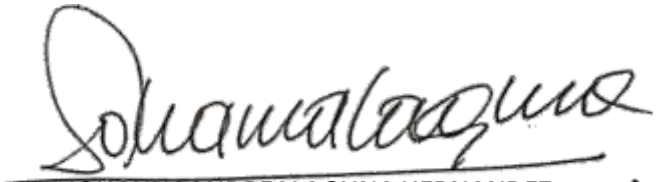
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**JOHANNAANDREA LAGUNA HERNANDEZ**

**C.C52.255.833 DEBOGOTA**

La suma de tres millones ciento veintiséis mil ciento dos pesos m/cte. ($3.126.102) por concepto de: Odontóloga General, durante el periodo de 01 al 30 de septiembre 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 83-2023 en la sede Uss Tintal.



**JOHANNAANDREALAGUNA HERNANDEZ**
**Nombre de contratista**
**C.C 52.255.833 DE BOGOTA**
**CUENTA DEAHORROSCAJA SOCIAL**

**NUMERO23009308191**