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

DEBE A:

DEISY LORENA PARDO MONTEALEGRE
C.C. 1.001.053.726 DE BOGOTA D.C.

La suma de $ 1.746.912 UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE MIL pesos m/cte., por concepto de prestación de servicios como Auxiliar de Odontología y/o higiene oral en USS 68 BRITALIA con un total de 186 horas, valor hora de $9.392 Nueve Mil trescientos noventa y dos pesos m/cte. durante el periodo de 01 al 30 de NOVIEMBRE del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. **2961-2024.**

Lorena PM

DEISY LORENA PARDO MONTEALEGRE
C.C.1.001.053.726 DE BOGOTA D.C.
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 488431510335

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:	Deisy Lorena Pardo Montealegre						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001053726	
CORREO ELECTRONICO:	pardolorena17@gmail.com				CELULAR:	3214611806	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 68 BRITALIA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU54E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488431510335				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2961			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	65915	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,746,912				
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:	$15,722,208
VALOR EJECUTADO	$15,722,208
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,746,912
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
9474035771	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. 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
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas.	brindo apoyo frente a las diferentes actividades que me soliciten
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Se diligencia formatos de limpieza y desinfeccion, esterilizacion y demas
"Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia"	Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	se realiza segun corresponda
"Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred"	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	se cumple con los criterios de calidad
"Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento"	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	se realiza informe de activiades mensual junto al odontologo
"Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato."	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	doy buen uso y manejo de los elementos entregados a mi nombre
"Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado"	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	participo en LSC, conversatorio, eac y demas reuniones programadas
"Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. "	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	se reportan fallas en procesos a lider y mesa de ayuda
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	apoyo las activiades que me encomiendan
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	entrego planillas de seguridad social
Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución	Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución	n/a
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	Desarrollo y apoyo 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	n/a
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	demas activiades que me asignan

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 Suroccidente

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001053726		PARDO MONTEALEGRE DEISY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 89a #45 a 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214611806	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1044617814	9476043066	I	2024/11/08	2024/11/12	BANCO DAVIVIENDA	4	$429,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1001053726	PARDO MONTEALEGRE DEISY LORENA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS037	30	$1,300,000	$162,500	CCF24	30	$1,300,000	$26,000	14-11	30	$1,300,000	$31,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$1,300,000**	**$208,000**			**$1,300,000**	**$162,500**			**$1,300,000**	**$26,000**			**$1,300,000**	**$31,700**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$600	$0	$208,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$600	$0	$208,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,000	$100	$0	$26,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,000	$100	$0	$26,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$500	$0	$163,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$428,200	$1,300	$0	$429,500

2024/11/20 02:34 PM