Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52425714	
CORREO ELECTRONICO:	ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM				CELULAR:	9300746	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ENDODONCIA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E08	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9270289912				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	723			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34642	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA-ODONTOLOGO ENDODONCISTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,332,108				
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:	$43,555,248
VALOR EJECUTADO	$33,749,463
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,332,108
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,805,785
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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
88867876	$1,756,260	$219,533	$281,002	5	$42,782	$543,317

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

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
1. Atender consulta especializada programada y de urgencias de endodoncia	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Endodoncia elaboraciòn de historia clìnica y examen de endodoncia de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Endodoncia , Se tomò radiografias periapicales.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion, tratamiento y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
2, Realizar la valoración y examen de endodoncia y registrar en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión	Se realizo atencion a los pacientes agendados para valoracion y tratamiento con su respectivo diagnostico , plan de tratamiento y evolucion consignados en la historia clinica	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
3, Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Se diligenciò de manera completa la historia clinica de endodoncia y la historia clinica de radiologia oral.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
4,Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Se solicitaron los examenes complemetarios necesarios para establecer un correcto diagnostico	Diagnosticos y planes de tratamiento correspondientes al examen clinico y complementarios como son las radiografias
5, Realizar planes de mejora individual de las auditorias que no alcancen el estándar optimo.	Se establecieron planes de continua mejora para estar en el estandar requerido	Plan de mejora continua para lograr el estandar
6, Realizar reportes de sucesos de seguridad, posibles eventos adverso identificados en su actividad diaria	Se colocan los sucesos de seguridad y posibles eventos adversos generados de la atencion en endodoncia	Reportes de los sucesos de seguridad y posibles eventos adversos # 90773
7, Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan	se realizaron ordenes de referencia y contrarefencia para continuar con tratamientos odontologicos al servicio de odontologia general y otras especialidades	Ordenes de referencia y contrarrefencia
8, Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario.	Informes de gestion mensual oportunos
"9,Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos"	Se realizo atencion a los pacientes todos con su respectiva factura evitando las glosas al realizar los procedimientos respectivos	Facturas acorde a tratamientos
10) Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Se realizaron las actividades de acuerdo al objeto del contrato	Actividades cumplidas
11) Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	Realizar historias clinicas completas e informes de gestion mensuales	Historias clinica e informes mensulaes
12) . Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el area donde presten el servicio.	Se realizo la cuenta de cobro correspondiente a las actividades realizadas, Se realizaron los pagos correspondientes a salud, pension y arl	Cuenta de cobro con informe de actividades
13) Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.Incluye el cumplimiento de la estrategia "" Quitate la Bata"" en el contexto de seguridad del paciente	Se utiliza la bata y carnet para garantizar la seguridad del paciente, Correcto uso de los implementos de identificacion en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atencion de	Cumplimiento de normas, Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes
"14) Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista. al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista"	Realice las actividades pertinentes con el fin de evitar las glosas	Actividades pertinentes cumplidas
15) Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre	Realice r las actividades pertinentes realizadas por el Caps en el que desarrollo las actividades	Actividades del Caps Cumplidas
16) En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato	Se presentaron informes a la supervisora del contrato de las ausencias de fuerza mayor	Se dio cumplimiento a las horas contratadas con el contrato
17) Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	Se participo en las capacitaciones asignada NSSC	Asegurate del mes de AGOSTO Buena Practica De Medicamento Seguro, Asisti a reunion NSSC 22/08/2025
18) Cumplir con el estandar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	Se cumple con el estandar de rendimiento	Se realizan acciones de mejora : realizando agendamiento desde el consultorio de los pacientes que asisten a valoracion y tratamiento

Copia Certificado Subred Sur Oriente

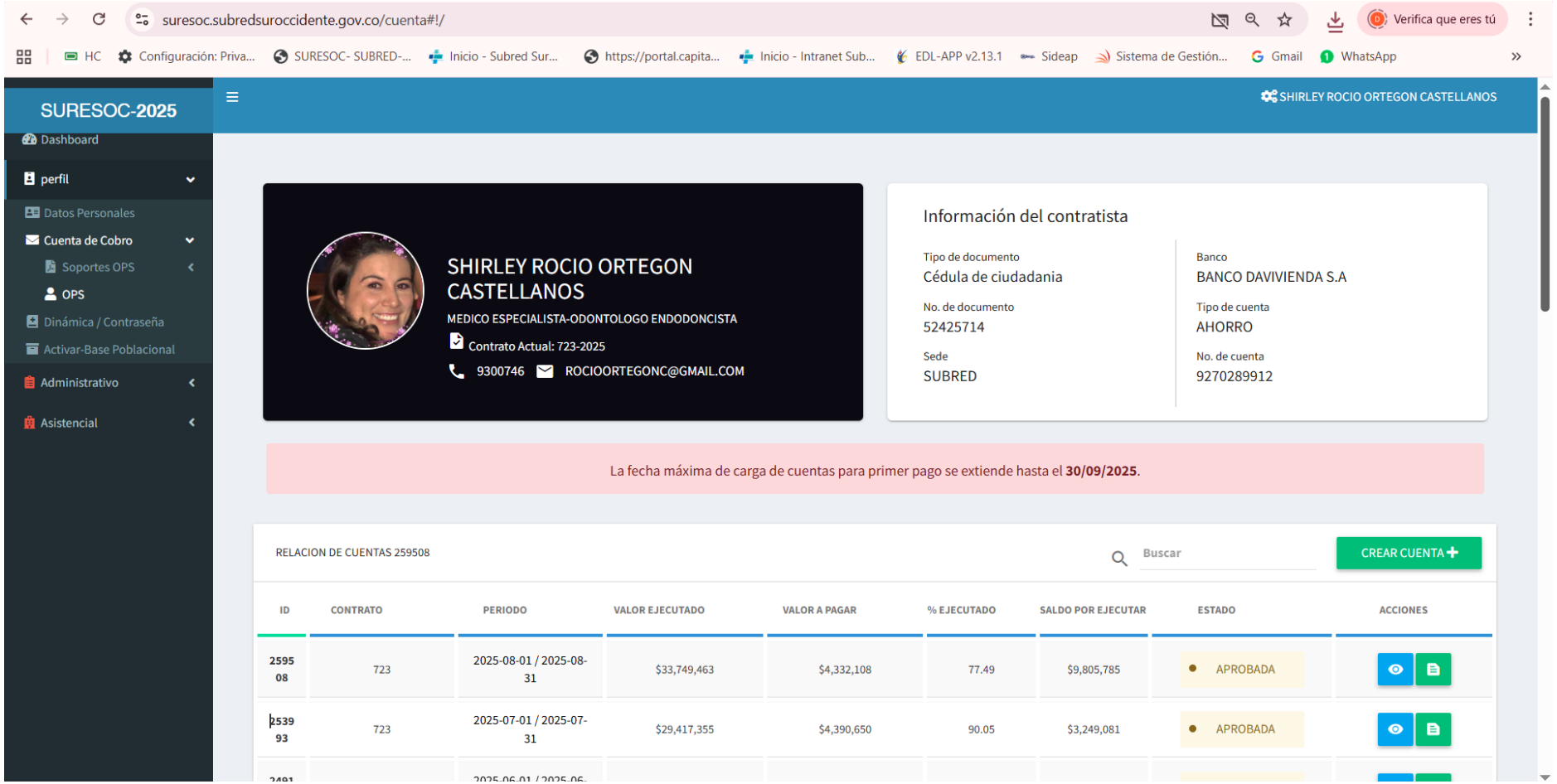
19) Revision de agendas de citas, de su programacion con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la produccion	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario.	Informes mensuales 3.0

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


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Verifica que eres tú
HC
Configuración: Priva...
SURESOC- SUBRED-...
Inicio - Subred Sur...
https://portal.capita...
Inicio - Intranet Sub...
EDL-APP v2.13.1
Sideap
Sistema de Gestión...
Gmail
WhatsApp
SURESOC-2025
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
MEDICO ESPECIALISTA-ODONTOLOGO ENDODONCISTA
Contrato Actual: 723-2025
9300746
ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
52425714
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
9270289912
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 30/09/2025.
RELACION DE CUENTAS 259508
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
259508
723
2025-08-01 / 2025-08-31
$33,749,463
$4,332,108
77.49
$9,805,785
APROBADA
253993
723
2025-07-01 / 2025-07-31
$29,417,355
$4,390,650
90.05
$3,249,081
APROBADA

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

DEBE A:
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425.714 DE: BOGOTÁ

La suma de CUATRO MILLONES NOVENTA Y SIETE MIL NOVECIENTOS CUARENTA PESOS ($4.097.940), por concepto de: prestación de servicios como ENDODONCISTA, en el Caps. Zona Franca, con un total de 140 horas, valor hora $29.271 Veintinueve mil doscientos setenta y un mil pesos m/cte. durante el periodo de 01 al 31 DE AGOSTO del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 723-2025



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425714 DE: BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 009270289912

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	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS	CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@gmail.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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88867876	$537.300	

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	219.700	0		0		0	3	500	0	220.200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	281.200	0	0	0	0	3	600	0	281.800	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										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.200	3	100	35.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	3	0	0	0
ICBF				
0	3	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	219.700	220.200
Pensión	1	281.200	281.800
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	35.200	35.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	536.100	537.300

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
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS		CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-07	2025-07	I	08/08/2025	88867876	$537.300	

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	52425714	ORTEGON CASTELLANOS SHIRLEY ROCIO	3	0			N								X								25-14	1.757.000	281.200	0	0	0	0	EPS008	1.757.000	219.700		0		0	CCF24	1.757.000	35.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ARL

Medellin, 25 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS** con documento de identidad **C52425714**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO V	0000000005	5	6.96	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA