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:	GRISSEL EUCARIS SALAZAR ESCALONA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022344951	
CORREO ELECTRONICO:	sgissel301@gmail.com				CELULAR:	7750143	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS LA ESTACIÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA29E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488414838059				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	793			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34694	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,632,580				
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:	$29,060,640
VALOR EJECUTADO	$25,428,060
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,632,580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,632,580
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
88591095	$1,453,032	$181,629	$232,485	3	$35,396	$449,510

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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 la consulta programada de odontología general y urgencias odontológica	Prestación y atención de consultas programadas y consultas de urgencias	Agenda e Historia Clínica
2. Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO	Elaboración y diligenciamiento de historia clínica, notificación eventos de iteres epidemiológico	Historia Clínica, ficha SISVESO
3. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.9994	Elaboración y diligenciamiento completo de historia clinica,aplicabilidad de los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Historia Clínica, informes de auditorias
4. Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario.	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia según corresponda	Historia clínica, Formatos
5. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Formatos de referencia y contra referencia, control de infecciones, esterilización, sanitización y manejo de residuos
6. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Cumplir con los valores y principios en la prestación de los servicios requeridos por los usuarios y sus familias.	Consentimiento informado, historia clínica
7. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos	Presentar oportunamente el informe de gestion mensual reportando las actividades realizadas con honestidad	Informe de gestión
8. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	Velar y responder por la información y soportes de las actividades realizadas	Informes de Auditoria, planes de mejoramiento
9. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Participación en actividades para los programas ofrecidos, realización de actividades establecidas, participación activa en los procesos durante el ciclo de atención.	Historia clínica, auditorias, rondas de seguridad, actas
10. Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas).	Cumplir con los valores y principios en la prestacion de los servicios requeridos por los usuarios y sus familias	Agenda
11. Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional.	Uso adecuado de los recursos entregados	Responsabilidad y respeto
12. 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 índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	Supervisión y seguimiento oportuno a la ejecución del contrato	Actas, planes de mejoramiento

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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 Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GRISSEL EUCARIS SALAZAR ESCALONA

1.022.344.951 de Bogotá

La suma de $ 3.632.580 por concepto de: Prestación de servicios de apoyo asistencial en el área de odontología de subred suroccidente como profesional en odontología general en la sede USS Estación, durante el periodo del 01 al 31 de Agosto de 2025, en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 793-2025.



GRISSEL EUCARIS SALAZAR ESCALONA
1.022.344.951 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 0550488414838059

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	1022344951	GRISSEL EUCARIS SALAZAR ESCALONA	Cra 80m bis -# 70b-19 sur	7750143	sgissel301@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	12/08/2025	88591095	$449.600	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	181.700	0		0		0	0	0	0	181.700	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	232.500	0	0	0	0	0	0		232.500	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	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	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	181.700	181.700
Pensión	1	232.500	232.500
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	449.600	449.600

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	1022344951	GRISSEL EUCARIS SALAZAR ESCALONA	Cra 80m bis -# 70b-19 sur	7750143	sgissel301@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	12/08/2025	88591095	$449.600	

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	1022344951	SALAZAR ESCALONA GRISSEL EUCARIS	57	0			N																	230301	1.453.032	232.500	0	0	0	0	EPS005	1.453.032	181.700	14-11	1.453.032	3	35.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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