| 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: | ALIZ STEPHANY VELASQUEZ OSORIO | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1072650942 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | stete2205@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3007670311 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS CENTRO DÍA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO04E01 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570117499 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 787 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1862 | FECHA | 2025-09-17 10:34:18.000 | NÚMERO DE CRP | 39410 | FECHA | 2025-09-26 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ODONTOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | |
| 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: | $32,693,220 |
| VALOR EJECUTADO | $29,060,640 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,632,580 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3,632,580 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9490777546 | $1,453,032 | $181,629 | $232,485 | 5 | $35,396 | $449,510 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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. | Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución. |
| 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. | 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. |
| 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. | 5. 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 | 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. | Promoevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y respondo por los elementos dados a mi responsabilidad. | 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. | 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 asignada. | 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 |
| 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 |

Copia Controlada Subred Sur Oriente

| | | |
|---|---|---|
| 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 salud |
| 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 |

LUZ JEANNETTE CORTES QUIROGA
39690976
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 Suficiente

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1072650942 | | VELASQUEZ OSORIO ALIZ STEPHANY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 72C #22D-27 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7797391 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 1756685363 | 9490777546 | I | 2025/09/09 | 2025/09/08 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $414,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | SALUD | | CCF | | RIESGOS | | | PARAFISCALES | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | Codigo | Dias | Codigo | Días | Codigo | Días | Tarifa | Dias | Exonerado SENA e ICBF |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | CC | 1072650942 | VELASQUEZ ALIZ | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | EPS005 | 30 | | 0 | | 0 | 0.000% | 0 | No |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1072650942 | | VELASQUEZ OSORIO ALIZ STEPHANY | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 72C #22D-27 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7797391 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2025-08 | 2025-08 | 1756685363 | 9490777546 | I | 2025/09/09 | 2025/09/08 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $414,200 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $232,500 | $0 | $0 | $232,500 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $232,500 | $0 | $0 | $232,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $181,700 | $0 | $0 | $181,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $181,700 | $0 | $0 | $181,700 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$414,200** | **$0** | **$0** | **$414,200** |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ALIZ STEPHANY VELASQUEZ OSORIO**

**C.C 1.072.650.942 DE CHIA**

La suma de Tres millones seiscientos treinta y dos mil quinientos ochenta pesos m/cte. $3´632.580= , por concepto de: Prestación de servicios como profesional de odontóloga, en USS Centro Dia, de la subred integrada de servicios de salud Sur Occidente E.S.E. durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 787-2025.

Aliz Stephany Velasquez Osorio

**Aliz Stephany Velásquez Osorio**

**C.C 1.072.650.942 DE CHIA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 570117499**