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:	MARGARITA ROSA MADERO MARIMON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	32882266	
CORREO ELECTRONICO:	dra.marguiemadero@hotmail.com				CELULAR:	3008184346	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E02	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488425565238				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	678			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39334	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA - ODONTOLOGO ODONTOPEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-09-01		2025-09-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,517,306						
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:	$24,499,827
VALOR EJECUTADO	$21,514,185
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,517,306
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,985,642
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
9491071205	$1,124,006	$140,501	$179,841	3	$27,381	$347,723

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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
a. Atender consulta especializada programada y de urgencias de odontopediatría	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboraciòn de historia clìnica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Odontopediatria ,	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
b. Realizar la valoración y examen de odontopediatría y registrar en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión.	Si se atendió y se ordenó analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados. Se realizó la evaluaciòn de actividades e impacto de la prestaciòn de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
c. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999.	dligencio con oportunidad veracidad , y preguntando los cuatro inequivocos nombre completo documento fecha de naciemiento y edad para dar cumplimiento a la norma	se diligencia la historia clinica de odontopediatria con la informacion correcta
d. Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario.	se hace solicitud de paraclinicos en el caso que lo requiera	solicita examnes en caso requerido , tambien se solicita radiografias periapicales
e. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion resperando trabajando con eficiencia ,responsabilidad y honestidad
f. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	se contribuye con las actividades de impacto en la prestacion del servicio de salud oral	se contribuye de manera efectiva a las actividades correspondientes a la presetacion del servicio
g. Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente.	realizar el correcto diligenciamiento de los sitemas de informacion	se diligencian los sistemas de informacion diariamente
h. 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.	realizar referencia y contrareferencia a los pacientes dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdos con las normas que la regulan	realizar referencia y contrareferencia a los pacientes dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdos con las normas que la regulan
i. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	mensualmente se debe entregar el informe de gestion con las actividades realizadas	diariamente se alimenta el informe de gestion para enviarlo al finalizar el mes a mi supervisor del contrato y lideres en salud oral
j. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos.	Atendí paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura
k. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	atender al llamado de las actividades asignadas	estar dispuesto para realizar todas las actividades que el supervisor del contrato me asigne dentro del desarrollo del contrato
l. Implementar las acciones de mejora propuestas por el Supervisor del contrato.	el supervisor del contrato podra implementar planes de mejora si asi se requiere	participo activamente en los planes de mejora asignados
m. Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., Unidad de Servicios de Salud Fontibón.	se realizan notificaciones oportunas a los sistemas de vigilancia	se realiza notificacione en los casos que se requieran a las entidades de control para su verificacion
n. Apoyar la prestación de servicios del Centro de Atención y atender las indicaciones del Supervisor del contrato.	apoyar y atender las indicaciones del supervisor	se apoya y se atiende las indicaciones del supervisor del contrato
o. Realizar los registros clínicos y administrativos establecidos en la Institución, adhiriéndose a la sistematización de la Historia Clínica.	realizar el correcto diligenciamiento de la historia clinica	realizo el correcto diligenciamiento de la historia clinica manteniendo la confidencialidad de la informacion
p. Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	responder por los elementos asignados	soy responsable de los elementos asignados para la realización de mis actividades con cuidado .
q. Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	mantener el orden el el puesto de trabajo	mantengo mi puesto de trabajo ordenado y con las correcta asepsia
r. Realizar las acciones que garanticen la cadena de custodia en los casos en que se requieran.	se debe mantener la correcta cadena de custodia y mantener bajo reserva las evidencias en los casos que asi lo requieran	se realizan acciones adecuadas para mantener la cadena de custodia
s. Participar activamente en el control de Infecciones Intrahospitalarias y eventos adversos.	disminuir los riesgos y evitando los eventos adversos con el correcto uso de las guias y protocolos para el control de infecciones	participo aportando el correcto uso de mis elementos de proteccion personal el lavado de manos asi previniendo las infecciones y posibles eventos adversos

Copia Certificado Subred Sur Occidente

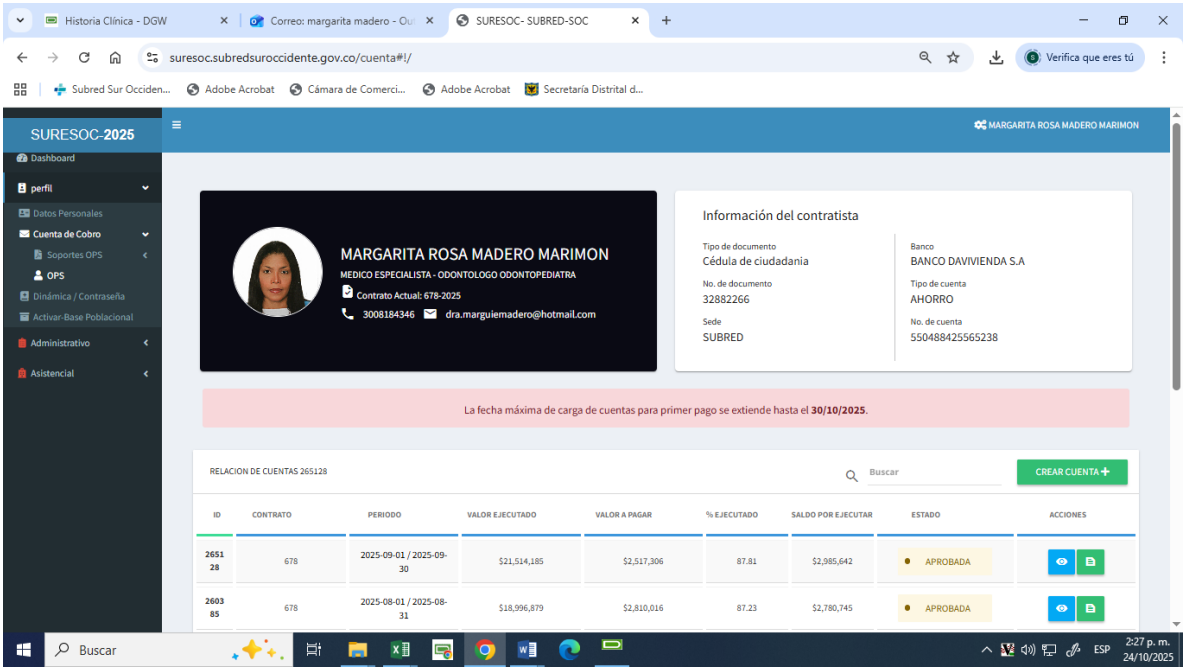
t. Propender por el clima laboral favorable con su paciente y familia, compañeros, superiores y demás miembros del equipo de salud.	se colabora con el ambiente y las actividades mediante el respeto	se colabora con el ambiente donde se realiza las actividades desde el respeto hacia los compañeros
u. Se 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 área donde presten el servicio.	realizar informe de gestion	se envia mensualmente un informa de gestio a mi lider y supervisor del contrato
v. Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata" en el contexto de seguirada del paciente.	realizar el adecuado uso de la bata y el carnet en parte visible	me uno a la estartegia " Quitate la Bata" para aportar a su cumplimiento
w. 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.	se asume el 100% de la glosa si asi es requerido por la entidad correspondiente	asumir el 100% de la glosa si el supervisor lo requiere
x. Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre y. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato	colaborar con la unidad de salud en donde se presta el servicio	colaborar con las actividades asignadas
z. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	participar en las capacitaciones y conversatorios	asegurate del mes : REDUCIR LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENCIA
26 Cumplir con el estándar de rendimiento optimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	cumplo con los estándares requeridos	se reponen insistencias. RENDIMIENTO : 3,1
27.Revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción	se revisa la agenda para informar si hay novedades	se verifican novedades en la agenda

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

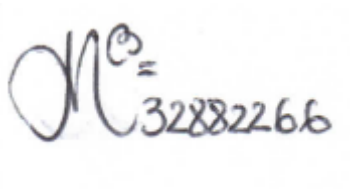

Historia Clínica - DGW
Correo: margarita madero - Ou
SURESOC- SUBRED-SOC
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
Verifica que eres tú
Subred Sur Occiden...
Adobe Acrobat
Cámara de Comerci...
Adobe Acrobat
Secretaría Distrital d...
SURESOC-2025
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
MARGARITA ROSA MADERO MARIMON
MARGARITA ROSA MADERO MARIMON
MEDICO ESPECIALISTA - ODONTOLOGO ODONTOPEDIATRA
Contrato Actual: 678-2025
3008184346
dra.margiemadero@hotmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
32882266
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
550488425565238
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 30/10/2025.
RELACION DE CUENTAS 265128
Buscar
CREAR CUENTA +
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
265128
678
2025-09-01 / 2025-09-30
$21,514,185
$2,517,306
87.81
$2,985,642
APROBADA
260385
678
2025-08-01 / 2025-08-31
$18,996,879
$2,810,016
87.23
$2,780,745
APROBADA
Buscar
ESP
2:27 p. m.
24/10/2025

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

DEBE A:

MARGARITA ROSA MADERO M
C.C.32882266 DE BARRANQUILLA

La suma de DOS MILLONES QUINIENTOS DIECISIETE MIL TRECIENTOS SEIS PESOS (2.517.306) por concepto de prestación de servicios como Odontopediatria en el Caps. Zona Franca, con un total de 86 horas, valor hora de **$ 29271** VEINTINUEMIL DOSIENTOS SETENTAY UN PESOS m/cte. durante el periodo de 01 al 30 SEPTIEMBRE DE 2025 del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 678-2025



MARGARITA ROSA MADERO
C.C.32882266
CUENTA DE AHORROS BANCO DE DAVIVIENDA
NUMERO 055048842556523 8

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 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	1779039856	9491071205	I	2025/09/15	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	1	$469,600

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 32882266	MADERO MARGARITA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$34,700	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$34,700		$0	$0

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 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	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	1779039856	9491071205	I	2025/09/15	2025/09/16	BANCO DAVIVIENDA	1	$469,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$200	$0	$228,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$200	$0	$228,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$100	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$100	$0	$34,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$100	$0	$28,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$100	$0	$28,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$200	$0	$178,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,000	$200	$0	$178,200
TOTAL				1	$469,000	$600	$0	$469,600