| | | |
|---|---|---|
| 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 |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LILIANA CORTES SUAREZ | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52428269 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lilics-77@hotmail.com | | | | CELULAR: | 6017525008 | | | |
| 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 | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA29E01 | 83 | KE13E01 | 17 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7130556579 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 792 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2156 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 47647 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | ODONTOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2025-10-01 | HASTA | FECHA FINAL 2025-10-31 | | |
| 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: | $32,693,220 |
| VALOR EJECUTADO | $32,693,220 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,632,580 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1075592734 | $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 Octubre 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 |
|---|---|---|
| Atender la consulta programada de odontología general y urgencias odontológicas. | Prestación y atención de consultas programadas y consultas de urgencias | Agenda e Historia Clínica |
| 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 interés epidemiológico | Historia Clínica, ficha SISVESO |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| 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 |
| Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional. | Uso adecuado de los recursos entregados | Responsabilidad y respeto |
| 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 |

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD

SUR OCCIDENTE E.S.E

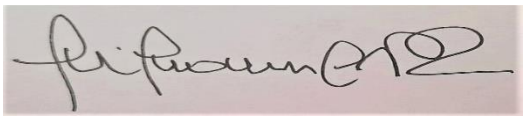
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

MARTHA LILIANA CORTES SUAREZ

CC:52428269 de Bogotá.

La suma de $ 3.632.580 por concepto de: prestación de servicios como profesional de odontología, durante el periodo del 1 al 31 de octubre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 792-2025



Martha Liliana Cortes Suarez

CC: 52428269 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO: **07130556579**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-10, 01:46:29 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075592734

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822703588

## PAGADO 10/10/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARTHA LILIANA CORTES SUAREZ | | |
| **Documento** | CC52428269 | **Dirección** | CL 152 B N 72 51 INT 6 APTO 601 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3112955142 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 52428269 | MARTHA LILIANA CORTES SUAREZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.423.500 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 28.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 469.000 | $ 0 | $ 469.000 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | CUENTA DE COBRO ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf | CUENTA DE COBRO JUNIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO AGOSTO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | CUENTA DE COBRO SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

zaJbJSZoMr

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## Certifica que:

MARTHA LILIANA CORTES SUAREZ

## Identificado con:

52428269

## Participó y aprobó

**El Curso virtual de Reinducción Institucional Subred Suroccidente - OPS 2025 con una Intensidad de 4 Horas.**

Lorena Colmenares G.

**Yeimy Lorena Colmenares González**
**Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano**

25 de October de 2025

**"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Validez 2 años

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

eWVRIIpKX9

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## Certifica que:

MARTHA LILIANA CORTES SUAREZ

## Identificado con:

52428269

## Participó y aprobó

## El Curso virtual de Seguridad del Paciente V4 - 40 Horas

Lorena Colmenares G.

**Yeimy Lorena Colmenares González**
**Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano**

**"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"**

Expedido en la ciudad Bogotá el 20 de October de 2025

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Validez 2 años