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:	LUISA MARIA ORJUELA MONTALVO							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1014257309		
CORREO ELECTRONICO:	LUIZA.ORJUELA@GMAIL.COM				CELULAR:	3132893813		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS EL PORVENIR				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA34E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	91201214241					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	798			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2156	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	47651	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-10-01		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:	$33,369,700
VALOR EJECUTADO	$33,369,700
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
1076289787	$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.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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.	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.	Se Reflejara resultado en el informe de gestion mensual asi como en la agenda programada, dinamica y en las auditorias que se realicen.Se adjuntara soporte correspondiente a las mismas para el mes de noviembre al finalizar el mes.
.Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, SISVESO	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.	Historias clinicas completas, Auditorias, notificacion de 4 fichas SISVESO semanales.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la normatividad	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.	Se realiza historia clinica en dinamica y actas de asistencia de visitas tecnicas, Adjunto pdf de soporte de historias clinicas
Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario.	Solicito examenes diagnosticos y 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.	Formato según servicio correspondiente a remitir, entregado al paciente. Auditorias Se adjunta soporte en pdf de remisones realizadas para el mes de febrero
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumplo normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución para su correcta ejecucion y evaluacion	Actas de asistencia, constancia de participacion
Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	Cumplir con los estándares que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de auditoria interna y externa	Soporte de calificación y certificación de estándares
. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos	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	Soporte de informe mensual de gestion de mis actividades realizadas para el mes de diciembre al finalizar el mismo.
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos	Apoyo a los procesos de facturacion, verificando las facturas relacionadas de manera correcta a los procedimientos, asumiento la glosa por errores generados.	Verificacion y reporte de facturas con errores al servicio de facturacion para su correcion
Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar para el cumplimiento de auditorias y manejo del indicador de rendimiento y productividad estandarizado en la institucion para el perfi	Garantizar el cumplimiento de auditorías internas y externas, así como el manejo eficiente del indicador de rendimiento y productividad estandarizado en la institución, mediante la implementación de estrategias de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Anexo soporte de resultados de auditorias, informe de gestion mensual
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Participó activamente en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.Realizo activamente demanda inducida a los diferentes servicio segun se requiera.	Soporte de demandas inducidas a la fecha para el mes actual se han realizado demandas efectivas al servicio de 2 citologias y 5 al servicio de vacunas. se adjunta a fin de mes soporte final de todas las demandas inducidas realizadas.
Adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas)	Me adhiero a las agenda programadas, Revisó y notificó al líder el estado de las agendas de los servicios programados.	Verificacion en dinamica con anterioridad y reporte de cualquier anomalía con mi agenda para el mes correspondiente.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad.	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad.	Verifico y doy cumplimiento a los procedimiento establecidos, dando uso a los aplicativos indicados por la insitucion.

Copia Controlada Subred Suroccidente

Uso adecuado del uniforme y carne según lineamiento institucional	Porto de manera adecuada mi uniforme y carnet istitucional, asi como asumir cualquier error e inconsistencia que se presente.	Verificacion personal de mis implementos institucionales
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	Asumo el 100% de la glosa generada en caso de presentarsen incosistencias sin soportes.	Verificacion del facturas y correcto diligenciamiento de historia y evolucion clinica.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-10-09, 04:35:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1076289787

Periodo Cotización: septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8823516492

PAGADO 08/10/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUISA MARIA ORJUELA MONTALVO		
Documento	CC1014257309	**Dirección**	CL 70D #111 A - 76
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5232081
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 AFP	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 1014257309	LUISA MARIA ORJUELA MONTALVO	59	00										X							0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 1.515.528	$ 242.500	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.515.528	$ 189.500	2,436	$ 1.515.528	$ 37.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.515.528	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.400

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
$ 1.515.528	$ 1.515.528	$ 1.515.528	$ 1.515.528	$ 242.500	$ 189.500	$ 37.000	$ 30.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 499.400	$ 2.000	$ 501.400

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Luisa María Orjuela Montalvo

C.C 1014257309 DE Bogotá

La suma de $3,632.580 (Tres millones seiscientos treinta y dos mil quinientos ochenta pesos) por concepto de: Prestación de servicio de apoyo asistencial en el área de odontología de la Subred Sur Occidente como profesional en Odontología general en la sede CDS Porvenir durante el periodo de 01 al 31 De Octubre 2025 en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No: 798-2025.



Luisa María Orjuela Montalvo

C.C. 1014257309 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 91201414241