| 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: | LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52833184 | |
| CORREO ELECTRONICO: | ximenali815@hotmail.com | | | | CELULAR: | 4461568 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 105 CATALINA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU48E01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 171129240 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 641 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 3227 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-01-01 | | 2026-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,925,844 | | | | | | |
| 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: | $23,110,128 |
| VALOR EJECUTADO | $23,110,128 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,925,844 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1077849593 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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. Alimentar permanentemente los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al dia | No aplica | No aplica |
| 2.Atender la consulta programadacon redimiento de tres consulta por hora (higienista) | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| "3. Presentar las evaluaciones programadas por la subred sur occidente para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo." | Presente las evaluaciones programadas por el hospital | Presenta adherencia en los procesos de entrenamiento en el puesto de trabajo |
| 4. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999. | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| 5. Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista). | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| 6. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución. |
| 7. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral. | Contribui en las evaluaciones de las actividades de impacto en la prestacion del servicio en salud oral | Firma en las actas de las evaluaciones realizadas y adquiri conocimiento del proceso |
| 8. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el ultimo día del mes luego de realizarlo (higienista). | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| 9. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| 10. 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 la responsabilidad el contratista. | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| 11. Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación | Como auxiliar de odontologia reviso que el paciente este con sus documentos exactos y codigos del procedimiento a realizar para una adecuada facturacion | Pácientes correctos con remision a la especialidad que desee ser atentendido y facturado correctamente |
| 12. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias. | Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. | Se diligencio las historias clinicas sistematizadas (odontograma y periodontograma) |
| 13. Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente | Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo | Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote,carga Y nombre de la persona que lo esteriliza Se registro la vida util de los dispositivos. |
| "14. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista " | Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo | Atención a los pacientes con calidad. |
| 15. Revisar y tramitar facturas de tratamienros terminados. | No aplica | No aplica |
| "16. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. " | Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | Pedidos realizados mensualmente según lo requerido. |
| 17. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución. |
| 18. Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | Participé activamente en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades y obligaciones contractuales según programacion. | Asistí a las UAT, GPC, ULG, Eac y partiipar e temas de interes para mejorar el proceso de atencion |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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

SURESOC-2025

LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ

- Dashboard
- perfil
  - Datos Personales
  - Cuenta de Cobro
    - Soportes OPS
    - OPS
  - Dinámica / Contraseña
  - Activar-Base Poblacional
- Administrativo
- Asistencial



**LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ**

AUXILIAR DE ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL

Contrato Actual: 1206-2026

4461568 ximenali815@hotmail.com

## Información del contratista

| | |
|---|---|
| Tipo de documento<br>Cédula de ciudadania | Banco<br>BANCO DE BOGOTA |
| No. de documento<br>52833184 | Tipo de cuenta<br>AHORRO |
| Sede<br>SUBRED | No. de cuenta<br>171129240 |

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **23/02/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 287637

Buscar

| ID | CONTRATO | PERIODO | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO | ACCIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 287637 | 641 | 2026-01-01 / 2026-01-31 | $23,110,128 | $1,925,844 | 100 | $0 | APROBADA | |

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

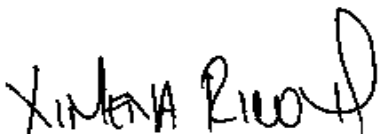
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ**
**C.C 52833184 DE BOGOTA**

La suma de $1.925.844 UN MILLON NOVECIENTOS VEINTICINCO MIL OCHOCIENTOS CUARENTA Y CUATRO pesos m/cte., por concepto de prestación de servicios como Auxiliar de Salud Oral, en el Centro de Salud Catalina, con un total de 186 horas, valor hora de $10.354 Diez mil trecientos cincuenta y cuatro pesos m/cte. durante el periodo de 1 al 31 de Enero del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **641-2025**



**LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ**
**C.C. 52.833.184 DE BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**
**NUMERO 171129240**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-01-14, 04:41:53 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077849593

**Periodo Cotización:** diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8810322941

## PAGADO 14/01/2026

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ | | |
| **Documento** | CC52833184 | **Dirección** | CL 2A #68 D - 49 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4461568 |
| **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 52833184 | LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS002) SALUD TOTAL 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.