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
ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	Código:	04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Monica mendez molina						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51980499	
CORREO ELECTRONICO:	monicamotita123@hotmail.com				CELULAR:	3015848587	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	796018232				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	640			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2844	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
1077878209	$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.

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
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.	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.Mantuve la informacion al dia, referente a mi cargo. Asegurate del mes de ENERO Guía de Buena Practica de Comunicación Clínica y correcta colocación de Manillas	"Carpetas con formatos actualizados diligenciadas a diario. Conocimiento de la información del proceso. Asegurate del mes de ENERO Guía de Buena Practica de Comunicación Clínica y correcta colocación de Manilla "

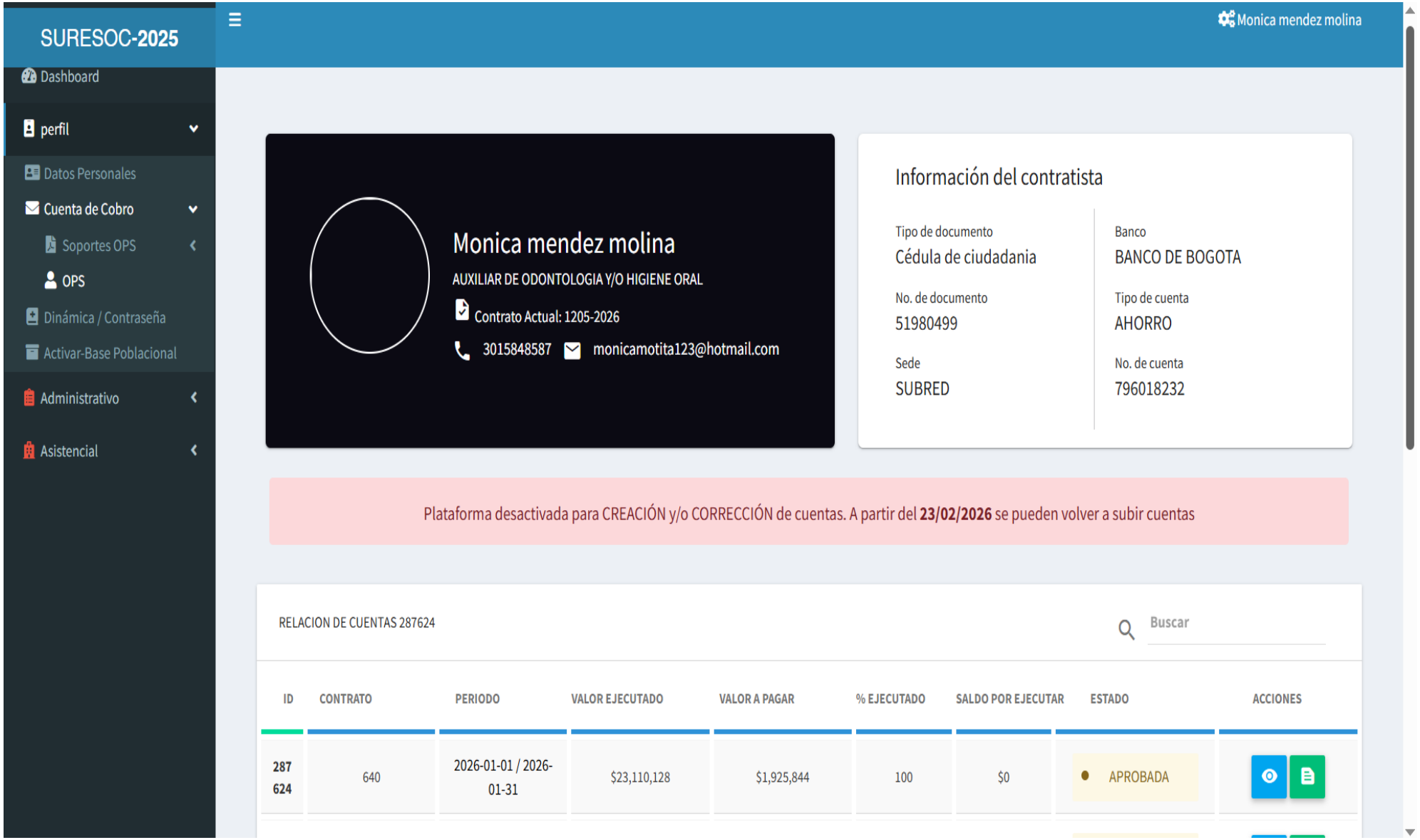
Copia Certificado Subred Sur Occidente

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


SURESOC-2025
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes OPS
OPS
Dinámica / Contraseña
Activar-Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
Monica mendez molina
Monica mendez molina
AUXILIAR DE ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL
Contrato Actual: 1205-2026
3015848587
monicamotita123@hotmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
No. de documento
51980499
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DE BOGOTA
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
796018232
Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del 23/02/2026 se pueden volver a subir cuentas
RELACION DE CUENTAS 287624
Buscar
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
287624
640
2026-01-01 / 2026-01-31
$23,110,128
$1,925,844
100
$0
APROBADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

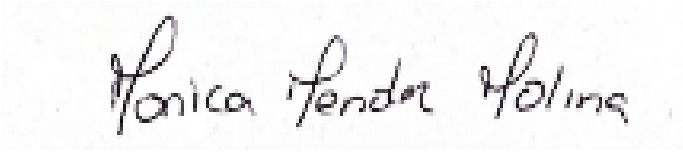
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MONICA MENDEZ MOLINA
C.C 51980499 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 Odontología, en el Caps. Zona Franca, 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 **640-2025**



MONICA MENDEZ MOLINA
C.C. 51980499 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA
NUMERO 796018232

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-01-12, 10:27:41 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1077878209 **Referencia pago(PIN)** 8823436771

Periodo Cotización 202512 **Periodo Servicio** 202512

Cliente:

PAGADA 2026-01-12 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA MENDEZ MOLINA				
Documento	CC 51980499	**Dirección**	TV 73C SUR #65 - 14 CASA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3045848587		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51980499		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MENDEZ MOLINA MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 1.423.500	230301		16 %	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.423.500	$ 34.700	CCF24	2 %	$ 1.423.500	$ 28.500	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 34.700	$ 28.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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!