| 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 | 1206 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 292 | FECHA | 2026-01-19 06:16:59.000 | NÚMERO DE CRP | 11813 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-03-01 | | 2026-03-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,311,050 | | | | |
| 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: | $9,244,200 |
| VALOR EJECUTADO | $4,622,100 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,311,050 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4,622,100 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 50% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1079528668 | $924,420 | $115,553 | $147,907 | 3 | $22,519 | $285,979 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo 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.

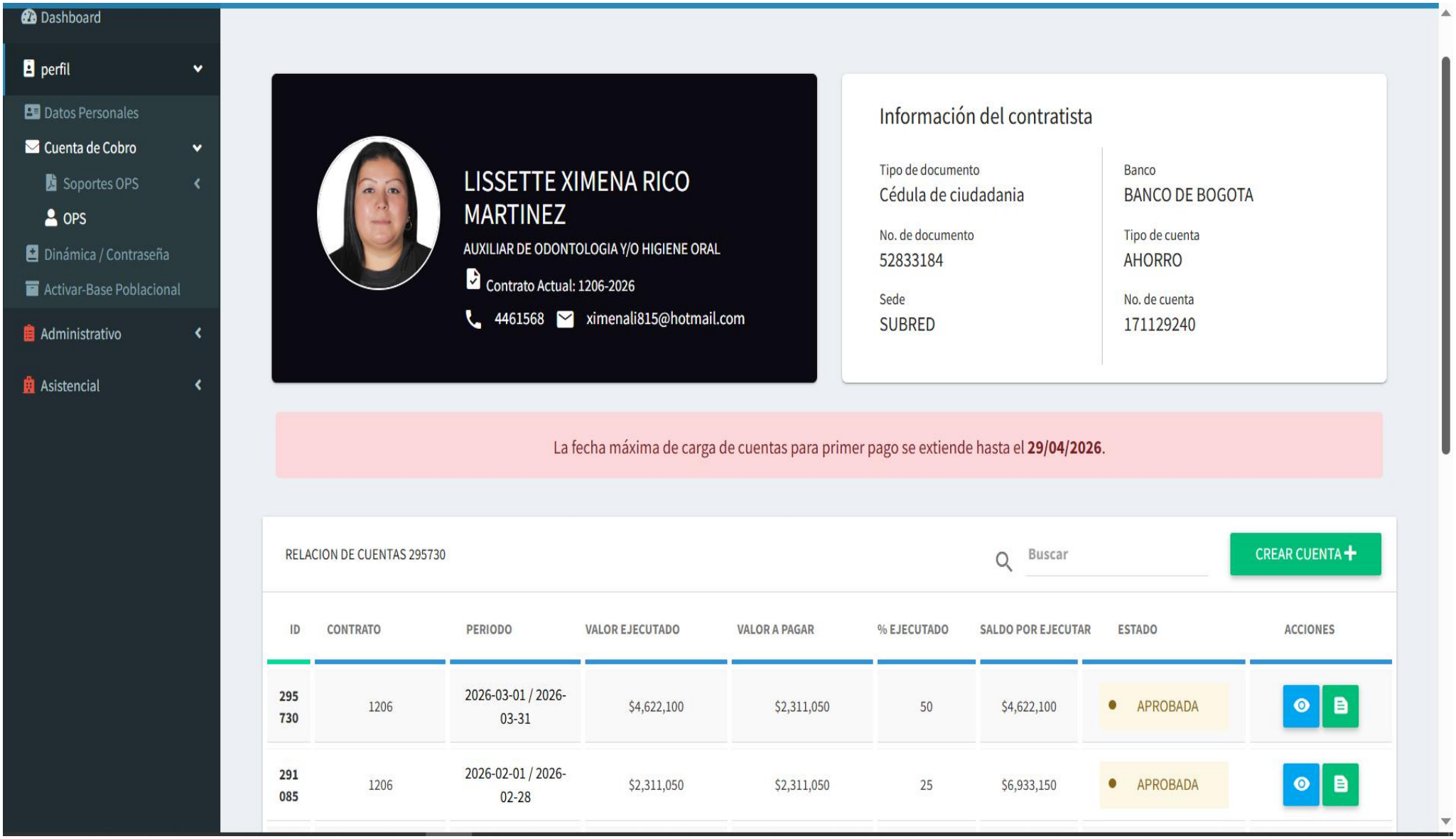
| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área. | Apoyé y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. | Se diligencio las historias clinicas sistematizadas (odontograma) |
| 2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. | 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 |
| "3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. " | Cumplí con el diligenciamiento de formatos y todo lo relacionado con el consultorio odontologico y esterilizacion | Adherencia a los diferentes formatos y protocolos dados por la institución. |
| "4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. " | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| 5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoye al cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Sigo manuales y protocolos de la institucion para garantizar la calidad del servicio |
| 6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | En este mes no se realizan actividades de higiene oral | No aplica |
| "7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. " | "Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. " | Limpieza y cuidado de los equipos a diario, haciendo sus respectivos tickets, y en caso de terminacion del contrato sera entregado a las personas asignadas |
| 8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 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 participar e temas de interes para mejorar el proceso de atencion |
| 9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementando las acciones de mejora definidas para el servicio. | Informo de las fallas de calidad,Reportando en la mesa de ayuda y almera |
| "10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. " | Conocimiento y cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Adherencia a los diferentes formatos y protocolos dados por la institución. |
| 11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | Dispuesta siempre a colaborar con buena actitud, en las diferentes sedes de la institucion |
| " 12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. " | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio | Registro en formatos que tiene la institucion |
| "13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente." | "Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente." | Planilla pagada |
| "14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. " | "Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato. " | Participo en actividades como seguridad del paciente, humanizacion, seguridad y salud en el trabajo etc. |
| 15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. | Informar sobre eventos de inasistencia a mi supervisor del contrato | Informar siempre |
| 16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado | 16. Participo activamente en las capacitaciones a las que sea asignado | Cada vez que me asignen realizar un curso en el aula virtual es realizado a tiempo |

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 Suroriente


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
Cédula de ciudadania
No. de documento
52833184
Sede
SUBRED
Banco
BANCO DE BOGOTA
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
171129240
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 29/04/2026.
RELACION DE CUENTAS 295730
Buscar
CREAR CUENTA +
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
295 730
1206
2026-03-01 / 2026-03-31
$4,622,100
$2,311,050
50
$4,622,100
APROBADA
291 085
1206
2026-02-01 / 2026-02-28
$2,311,050
$2,311,050
25
$6,933,150
APROBADA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

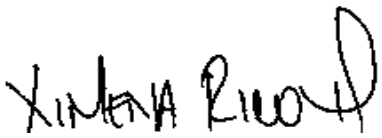
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

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

La suma de $ 2.311.050 DOS MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL CINCUENTA 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 $12.425 Doce mil Cuatrocientos veinticinco pesos m/cte. durante el periodo de 1 al 31 de MARZO del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1206-2026**



**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:** 2026-03-10, 10:03:35 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079528668

**Periodo Cotización:** febrero de 2026 **Periodo Servicio:** febrero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8810322941

## PAGADO 10/03/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### 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 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.750.905 | $ 218.900 | 2,436 | $ 1.750.905 | $ 42.700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 1.750.905 | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 576.900 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 1.750.905 | $ 280.200 | $ 218.900 | $ 42.700 | $ 35.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 576.900 | $ 0 | $ 576.900 |



**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.**