aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52477502		TIBAQUIRA CASTAÑEDA LUZ MAIDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	clle 56h N 98c 30 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5768437	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-02	2026-02	93000549	9499824548	I	2026/03/03	2026/03/11	BANCO DE OCCIDENTE	8	$501,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100
1	CC	52477502 TIBAQUIRA LUZ																		25-14	30	$1,750,905	$280,200	EPS008	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0		0	$0	0.000%	$0	0	$0	$0	No	$499,100
Total		**Afiliados(1)**																			$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$0		$0		$0	$0		$499,100

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$1,500	$0	$281,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$280,200	$1,500	$0	$281,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,900	$1,200	$0	$220,100
TOTAL				**1**	**$499,100**	**$2,700**	**$0**	**$501,800**

ARL

Medellin, 24 de marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA** con documento de identidad **C52477502**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO V	0000000005	5	6.96	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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

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

Certifica que:

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

CC ***52477502***

Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *viernes, 20 de marzo de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

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

QR de verificación:

BOGOTÁ

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

C.C N0. 52477502

La suma de $ 2311050 dos millones trecientos once mil cincuenta pesos m/cte, por concepto de prestación de servicios como auxiliar en salud oral en el área de odontología sede: CDS 92 patios. Durante el periodo del 01 al 31 de marzo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.1208- 2026

Luz Mayda Tibaquira Castañeda

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

C.C N0. 52477502

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

No. 17126405685

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:	LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52477502	
CORREO ELECTRONICO:	LUZMAYTC78@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3203134498	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ENDODONCIA USS 92 PATIOS				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU59E08	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	17126405685				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1208			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	11815	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
9499824548	$924,420	$115,553	$147,907	5	$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.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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
Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área.	• si se presta el apoyo al odontología y se realiza desinfección de equipos, instrumental y áreas del consultorio	Se ayuda al odontólogo y consultorio limpio y desinfectado e instrumental esterilizado
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	-Se maneja comunicación redundante, se verifica que quede clara la información	-Se da cumplimiento y claridad en la información
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	-realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo	-Registro carpetas diarias, inventarios
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	-Se informa de los procedimientos de forma clara.	-Se brinda información clara y pasos a seguir.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	-Atendiendo con amabilidad cordialidad y respeto a cada uno de los pacientes en la consulta e igualmente trato a mis compañeros del centro con paciencia y amabilidad	-Se cumple brindando un trato humanizado.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	-Realice y entregue puntualmente mis informes de gestión, cumpliendo con el 100% de las actividades asignadas	- Informe de gestión al día con un rendimiento del 100%
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	• Seguir los procedimientos y lineamientos estipulados en La sub red.	Le doy buen uso y manejo a los elementos entregados para el servicio
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participación cuando se han programadas	Se participa puntualmente en las reuniones asignadas.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Se reporta a tiempo para recibir pronto solución sin que se vea afectada el servicio	Se notifica en los respectivos canales
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	• Se realizan la respectiva información y se direcciona al servicio.	• Se cumple dando las respectivas indicaciones
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	• Brindando información de los respectivos programa	• Dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	-• Cumplo debidamente ya que se esta en continua comunicación dando a conocer las sugerencias de la comunidad	Se identifica y se orienta ala usuario para que reciba el servicio
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	-se realiza entrega de la planilla con su respectivo pago	se entrega planilla de pago al dia
realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	• Cumplo de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución	Se siguen protocolos de la subred.
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Se informa al líder	Se sigue el conducto regular informando a tiempo para dar solución
participar activamente en las capacitaciones alas que se asignado	Participación cuando se han programadas.	Se participa puntualmente en las reuniones asignadas.

Copia Certificado Subred Sur Occidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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