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:	BETSY ELIANA CORDOBA BLANDON							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52270025		
CORREO ELECTRONICO:	sujey1708@hotmail.com				CELULAR:	3168475235		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL SALUD ORAL - P y D USS LA ESTACIÓN				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA29E06	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62498302292					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1216			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	11823	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2026-03-01	HASTA	FECHA FINAL 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
55278214	$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.

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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 actividadees del area	1.Apoyo al profesional del servicio de Odontologia en las actividadees del area	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Apoyar a los pacientesen sus necesidades basicas "	"2. Apoyo a los pacientes en sus necesidades basicas "	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuarcon criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	3. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	4. Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantia de la Calidad segun requerimientos de la Subred.	5. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantia de la Calidad segun requerimientos de la Subred.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avence de sus actividades y entregarlas al supervisor del contratopara la certificacion de cumplimiento.	6. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avence de mis actividades y entrego al supervisor del contratopara la certificacion de cumplimiento.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	V7. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
8. Participar en las jornadas de capacitacion , induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	8. Participo en las jornadas de capacitacion , induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ACTAS CENTRO DE SALUD
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicioe implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	9. Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
10. Conocer y dar cumplimiento a lsos procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos .	10. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyo la implementacion de los mismos .	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	11. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuersocon el sistema de informacion de la Subred.	12. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuersocon el sistema de informacion de la Subred.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
13. Entregar a constancia de afiiacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mansualmente.	13. Entrego constancia de afiiacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mansualmente.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
14. Relizar las demaas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	14. Relizo las demas actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta , informar al supervisor del contrato.	15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta , informo al supervisor del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	16. Participo activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	ACTAS CENTRO DE SALUD

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

ALBA EDITH LOPEZ
51770278
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