DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

LAURA YANETH RUIZ HERNANDEZ
C.C 1065831945 DE VALLEDUPAR

La suma de $3.663.270 por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. Durante el periodo del 1 al 31 de MAYO del 2026 por 93 horas de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1465-2026

Laura Ruiz

LAURA YANETH RUIZ HERNÁNDEZ
C.C 1065831945 DE VALLEDUPAR

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 19706400934

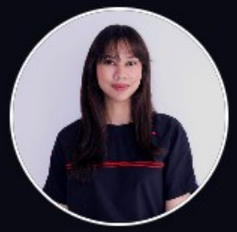
ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	LAURA YANETH RUIZ HERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1065831945
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-06-11
FECHA DE PAGO:	2026-05-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-05
PERÍODO SALUD:	2026-05
NÚMERO PLANILLA:	37096783
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	37096783
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS010	800088702	EPS SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 218.900
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 280.200	$ 280.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.750.905	$ 0	$ 0	$ 0	$ 42.700	$ 42.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 541.800

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/07/2026



LAURA RUIZ

ODONTÓLOGO ESPECIALISTA EN ENDODONCIA- ODONTOPEDIATRA-ORTODONCISTA-PERIODONCISTA-CIRUGÍA ORAL- OTRAS ESPECIALIDADES CLINICAS DE ODONTOLOGÍA.

Contrato Actual: 1465-2026

3187954388 LAURA.YANETH20@OUTLOOK.COM

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
1065831945

Sede
SUBRED

Banco
BANCOLOMBIA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
19706400934

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **25/06/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 307144

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
307144	1465	2026-05-01 / 2026-05-31	$14,653,080	$3,663,270	66.67	$7,326,540	APROBADA	
302304	1465	2026-04-01 / 2026-04-30	$10,989,810	$3,663,270	75	$3,663,270	APROBADA	Generar PDF

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:	LAURA RUIZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1065831945	
CORREO ELECTRONICO:	LAURA.YANETH20@OUTLOOK.COM				CELULAR:	3187954388	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL PERIODONCIA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E09	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	19706400934				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1465			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17788	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-05-01		2026-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,663,270				
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:	$21,979,620
VALOR EJECUTADO	$14,653,080
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,663,270
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,326,540
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
36959019	$1,465,308	$183,164	$234,449	3	$35,695	$453,308

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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.Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente.	Realicé las actividades, valoraciones y procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de mi especialidad como periodoncista.	Registros de atención en Historia Clínica.
2. Registrar de manera completa, legible, oportuna y veraz en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente;	Registré de manera completa, legible y veraz los diagnósticos y planes de tratamiento en cada sesión.	Historias Clínicas debidamente diligenciadas.
3. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo;	Diligencié los consentimientos informados de cada procedimiento realizado y aseguré su archivo.	Consentimientos informados firmados y archivados.
4. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos institucionales;	Solicité los exámenes paraclínicos necesarios siguiendo los protocolos y normas institucionales.	Órdenes médicas y paraclínicas generadas.
5. Realizar el seguimiento y control de los pacientes que requieran su intervención, incluyendo la referencia y contrarreferencia cuando sea necesario, conforme a la red de servicios de salud;	Realicé el seguimiento de pacientes y gestioné las referencias y contrarreferencias según la red de servicios.	Formatos de referencia y notas de seguimiento.
6. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención, garantizando una comunicación clara y ética;	Informé a los pacientes y sus familias sobre su condición de salud y plan de manejo con comunicación ética.	Registro de la información brindada en la evolución clínica.
7. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos y los sistemas de información a su cargo;	Llevé el registro de procedimientos y mantuve actualizados los informes estadísticos a mi cargo.	Reportes estadísticos y sistemas de información actualizados.
8. Apoyar los procesos de costos y facturación de los servicios prestados, incluida la atención de pacientes con factura, responder por las glosas generadas por errores atribuibles a su gestión y asumir el cien por ciento (100 %) de aquellas que le sean imputables;	Apoyé los procesos de facturación y no se me generaron glosas	Soportes de facturación y respuesta a glosas (No aplicó).
9. Revisar la agenda de citas el día anterior a la atención programada e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la producción o el cumplimiento de metas;	Revisé mi agenda de citas diariamente e informé cualquier novedad que afectara la producción de metas.	Reporte de cumplimiento de agenda.
10. Elaborar y entregar de manera mensual el informe de gestión y/o actividades, anexándolo a la cuenta de cobro, incluyendo interconsultas, pacientes atendidos, evoluciones y demás soportes requeridos;	Elaboré y entregué el informe mensual de gestión con todos los soportes de pacientes atendidos.	Informe de gestión mensual anexo a la cuenta de cobro.
11. Adherirse a la Política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente, a través de la intranet, los eventos de notificación obligatoria, sucesos de seguridad del paciente, eventos adversos o posibles eventos adversos identificados en el ejercicio de su actividad;	Me adherí a la Política de Seguridad del Paciente y reporté eventos adversos a través de la intranet.	Reporté sucesos de seguridad con codigo 100556.
12. Notificar las fallas de calidad del servicio a través de los aplicativos institucionales, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas;	Notifiqué las fallas de calidad y participé en la implementación de acciones de mejora definidas.	Registros de mejora en aplicativos institucionales.
13. Elaborar e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados que no alcancen el estándar óptimo;	No se me solicito realizar planes de mejora este mes	Documento de plan de mejora individual.
14. Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad, y adherirse a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E., participando en las actividades programadas por la Subred;	Apoyé el Sistema de Garantía de Calidad y participé en los procesos de acreditación de la Subred.	Registro de participación en actividades de calidad.
15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas establecido para el servicio, implementando las estrategias necesarias para su logro, incluida la reposición de inasistencias, con el fin de garantizar el uso eficiente del tiempo contratado y el cumplimiento de las metas institucionales;	Cumplí con el indicador de rendimiento el cual fue de 3.1 en el mes de ABRIL y producción de horas (93), garantizando el uso eficiente del tiempo.	Metas alcanzadas.
16. Participar activamente en jornadas de inducción, capacitación, reuniones, eventos y demás actividades institucionales a las que sea convocado;	participe activamente en el asegurate del mes de Abril	Asegurate mes de Abril - Protocolo codigo dorado para la atención integral de la conducta suicida
17. Brindar un trato humanizado a los usuarios, basado en calidez, seguridad, vocación de servicio, equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia, integralidad, solidaridad y oportunidad, en cumplimiento de la Política de Humanización Institucional;	Brindé un trato humanizado y digno a los usuarios basado en la calidez y respeto por la dignidad humana.	Registro de atención humanizada en notas clínicas. Registro de atención humanizada en notas clínicas.
18. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred;	Conocí y apliqué los procedimientos y lineamientos establecidos por la Subred Sur Occidente.	Guías y protocolos aplicados en la atención.
19. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación, conforme a los lineamientos establecidos por la institución;	Usé adecuadamente el uniforme y el carné de identificación institucional durante mi jornada laboral.	Registro visual y cumplimiento de estándares institucionales.
20. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y realizar su devolución al finalizar el contrato;	Respondí por el buen estado de los elementos entregados para el desarrollo de mis actividades.	Inventario de elementos de trabajo a cargo.

Copia Certificada Subred Suroccidente

21. Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral (salud, pensión y riesgos laborales) junto con la cuenta de cobro;	Entregué mensualmente la constancia de pago de salud, pensión y riesgos laborales (ARL).	Planilla de pago de Seguridad Social Integral.
22. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente un caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta.	no se prsentaron casos fortuitos o de fuerza mayor que impidiera mis asistecia	Comunicaciones enviadas al supervisor (No aplicó).
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que sean acordes con el objeto contractual.	Realicé las demás actividades asignadas por mi supervisor acordes al objeto del contrato.	Soportes adicionales de actividades realizadas.

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