

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 2/15/2018
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		1205		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17781	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: \$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	\$9,244,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,311,050
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
1081076961	\$924,420	\$115,553	\$147,907	3	\$22,519	\$285,979

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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Apoyar al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área.	Apoyé y asistí adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada.	Se diligencio las historias clinicas sistematizadas (odontograma y periodontograma)
2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Apoye a el paciente verificando documentos exactos y codigos del procedimiento a realizar para una adecuada facturacion	Pácientes correctos con remision a la especialidad que desee ser atendido y facturado correctamente
"3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. "	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 en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los que sea convocada.	"Asegurate mes de MAYO Protocolo: Código Dorado para la atención integral de la conducta suicida"
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifique 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 Reporte De Suceso de seguridad con codigo 101065
"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.	Apoye a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Dispuesta siempre a colaborar 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."	"Entregue 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. "	Realize 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.	Informare 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 asignada.	Cada vez que me asignen realizar un curso en el aula virtual es realizado a tiempo

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

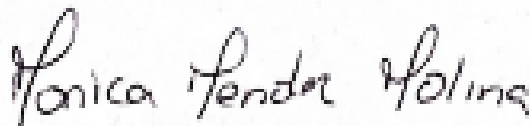
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

**MONICA MENDEZ MOLINA
C.C 51980499 DE BOGOTA**

La suma de \$ 2.311.050 DOS MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL CINCUENTA pesos m/cte 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 \$12.425 Doce mil Cuatrocientos veinticinco pesos m/cte. durante el periodo de 1 al 31 de MAYO del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1205-2026**



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



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-15, 07:34:40 PM Tipo Planilla | Número Planilla 1081076961 Referencia pago(PIN) 8823436771
 Periodo Cotización 202604 Periodo Servicio 202604
 Cliente:

PAGADA 2026-05-15 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	SUN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT				IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias AFP	Dias CCF	Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSFS	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
															0	30	30	30			16%	\$ 1.750.905	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	EPS037		12,5%	\$ 1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	14-11	3	2,436%	\$ 1.750.905	\$ 42.700	CCF24	2%	\$ 1.750.905	\$ 35.100	0%	\$ 0	0%	\$ 0

IV. TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	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	
\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900	\$ 42.700	\$ 35.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	



- SURESOC-2026
- 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 ODONTOLOGÍA Y/O HIGIENE ORAL
Contrato Actual: 1205-2026
3015848587 monicamotita123@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento Cédula de ciudadanía	Banco BANCO DE BOGOTA
No. de documento 51980499	Tipo de cuenta AHORRO
Sede SUBRED	No. de cuenta 796018232

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

RELACION DE CUENTAS 306473 Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
306 473	1205	2026-05-01 / 2026-05-31	\$9,244,200	\$2,311,050	100	\$0	● APROBADA	