

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:		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	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17869	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:	\$13,866,300
VALOR EJECUTADO	\$9,244,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,311,050
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4,622,100
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
77420033	\$924,420	\$115,552	\$147,907	3	\$22,519	\$285,978

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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Apoyar al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área	1. Apoyo al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas "	"2. Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas "	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	3. Diligencia 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.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	5. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	6. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entrego al supervisor del contrato para la certificación 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 terminación del contrato.	7. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
8. Participar en las jornadas de capacitación , inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	8. Participo en las jornadas de capacitación , inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ACTAS CENTRO DE SALUD
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e 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 los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos .	10. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación 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 prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	12. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
13. Entregar a constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales manualmente.	13. Entrego constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales manualmente.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	14. Realizo las demás actividades que me sean asignadas de acuerdo 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

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

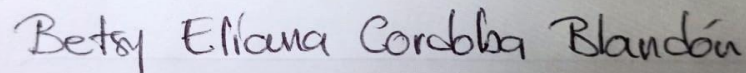
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BETSY ELIANA CORDOBA BLANDÓN
C.C 52.270.025 DE BOGOTÁ

La suma de \$2.311.050, por concepto de: prestación de servicios (Auxiliar Salud oral) en la unidad (CENTRO DE SALUD ESTACION) durante el periodo de 1 al 31 de mayo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1216 de 2026.



Betsy Eliana Cordoba Blandón

BETSY ELIANA CORDOBA BLANDÓN
C.C.52270025 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 624983022-92

Medellín, 27 de mayo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que BETSY ELIANA CORDOBA BLANDON identificado(a) con C52270025 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C522700252614735022

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52270025	BETSY ELIANA CORDOBA BLANDON		calle 57G 71C-50 sur int 15 apto 101	7820495	sujej1708@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77420033	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$578.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	4	700	0	219.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	4	900	0	281.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	4	200	42.900			427	42.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	4	200	35.300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	219.600
PenSIón	1	280.200	281.100
Riesgos Laborales	1	42.700	42.900
CCF	1	35.100	35.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	578.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52270025	BETSY ELIANA CORDOBA BLANDON		calle 57G 71C-50 sur int 15 apto 101	7820495	sujej1708@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		77420033	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,750,905	\$578.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Calom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TIP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52270025	CORDOBA BLANDON BETSY ELIANA		59	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO BETSY FEBRERO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO BETSY FEBRERO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
	CERTIFICACION BETSY MARZO 2026.pdf (Archivado)	CERTIFICACION BETSY MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO BETSY MARZO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO BETSY MARZO 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle
<input type="checkbox"/>	CUENTA DE COBRO BETSY ABRIL 2026.pdf	CUENTA DE COBRO BETSY ABRIL 2026.pdf	Proveedor Descargar Detalle