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:	Valentina Farfán herrera						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022326700	
CORREO ELECTRONICO:	valentinafarfanherrera@gmail.com				CELULAR:	3196722467	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10B04	20	KE10I07	80

ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A	TIPO DE CUENTA:	AHORRO
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488446385129	PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	316			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	18808	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-04-01		2026-04-30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		$2,465,430		

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:	$9,861,720
VALOR EJECUTADO	$7,396,290
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,465,430
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,465,430
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
1079614655	$986,172	$123,272	$157,788	3	$24,023	$305,082

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

TEOMELILA GUERRA ARAUJO
49787690
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 en las actividades del área	Asistir al cirujano maxilofacial durante el procedimiento quirúrgico, asegurando que los instrumentos y equipos estén disponibles, esterilizados y listos para su uso. Además, preparar al paciente antes de la cirugía	Un registro de procedimientos quirúrgicos que contenga detalles como la lista de instrumentos utilizados, el estado de los materiales (esterilizados, en buen estado
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas	Asistir al paciente en su movilidad y comodidad postquirúrgica. Ayudar al paciente a cambiar de posición en la cama para evitar molestias o presión en la zona intervenida. Apoyar en desplazamientos cortos dentro de la clínica u hospital si está indicado. Asegurar que tenga acceso a agua, medicamentos y otros elementos, en pro a su recuperacion post quirurgica	Facilitar a los pacientes el acceso a sus derechos y deberes,el buen trato,la tecnologia y tratamientos en pro a su salud y bienestar
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Diligenciar el formato de control de esterilización del instrumental quirúrgico Registrar correctamente la fecha, hora y tipo de esterilización realizada. Verificar que los indicadores biológicos y químicos cumplan,Cumplimiento de los formatos de temperatura y humedad y trazabilidad de limpieza y desinfeccion	Registro de esterilización validado y archivado correctamenteCumplimiento de los formatos de temperatura y humedad y trazabilidad de limpieza y desinfeccion
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Apoyar en las tareas requeridas por el profesional durante los tratamientos en pro a al vida y salud de el pacienteApoyar en las tareas requeridas por el profesional durante los tratamientos en pro a al vida y salud de el paciente	Realizar tareas como ,desinfeccion y esterilizacion de el area e instrumental,participacion en tareas auxiliares como succion de liquidos bucales,asistencia en procedimientos quirurgicos
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Capacitación del personal en normas y protocolos del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calida Realizar sesiones de formación para el personal de salud sobre los componentes del SOGCS (Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.	Informe de Autoevaluación y Plan de Mejora del SOGCS Documento que contiene el diagnóstico del cumplimiento de las normas del SOGCS en la Subred, identificando fortalezas y oportunidades de mejor Incluir un plan de acción con responsables, tiempos y recursos para corregir desviaciones y optimizar la calidad en la prestación de servicios.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	Recopilar información sobre las actividades realizadas durante el mes, detallando avances, dificultad Analizar los resultados obtenidos en función de los objetivos y compromisos Consolidar la información en un informe estructurado y presentarlo al supervisor del contrato para su revisión y certificación	Matriz de Seguimiento y Evidencias de ActividadesDocumento en formato de tabla que registre detalladamente las actividades realizadas, su estado de avance, responsables y evidencias. Incluir columnas para observaciones del supervisor y acciones de mejora. Facilitar la trazabilidad y verificación del cumplimiento de las obligaciones.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Inventario y Entrega de Elementos Asignados Realizar un registro detallado de los elementos entregados para el desempeño de las actividades (equipos, herramientas, documentos, insumos, Mantener actualizado el estado y uso de dichos elementos durante la vigencia En caso de terminación del contrato, coordinar la entrega formal de los elementos a la persona encargada,	Inventario de Control y Seguimiento de Elementos Asignados Documento que registre de manera detallada los elementos entregados, incluyendo descripción, cantidad, estado, fecha de entrega y Permita actualizaciones periódicas Facilite el proceso de devolución en caso de terminación del contrato, asegurando la trazabilidad
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia y Participación Activa en Jornadas de Capacitación e Inducción Asistir a las sesiones de capacitación, reuniones y eventos organizados. Tomar notas y participar activamente en discusiones, talleres o dinámicas. Aplicar los conocimientos adquiridos en el desarrollo	Registro de Asistencia y Evidencia de Participación

Copia Controlada Subred Suroccidente

Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Detección, Notificación y Seguimiento de Fallas en la Calidad del Servicio Identificar y registrar las fallas de calidad que afectan Notificar oportunamente a los responsables correspondientes, aseguran Implementar las acciones correctivas y de mejora definidas, asegurando su seguimiento y evaluación de impa	Registro y Plan de Acción para la Mejora de la Calidad
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Capacitación y Aplicación de Procedimientos Institucionales Revisar y familiarizarse con los procedimientos establecidos por la Subred Participar en capacitaciones sobre los protocolos y normativas vigentes. Apoyar en la implementación de los procedimientos, asegurando su correcta aplicación en las actividades.	Informe de Cumplimiento e Implementación de Procedimientoss
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	Asistencia y Apoyo en Actividades Institucionales Brindar apoyo en las actividades que la Subred requiera, según prioridades y necesidades institucionales. Coordinar con los equipos correspondientes para ejecutar tareas específicas Registrar y reportar las actividades realizadas para garantizar la trazabilidad y cumplimient	Documento que describe las actividades en las que se brindó apoyo, incluyendo Evidencias de participación, como registros fotográficos, actas o reportes de ejecución.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Documentar de manera precisa y adecuada las actividades realizadas en el sistema de información. Verificar que los registros sean completos, correctos y alineados con los estándares de la Subred. Realizar seguimiento a la información ingresada para garantizar su actualización y coherencia.	Base de Datos de Registro de Actividades
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Gestión y Entrega de Soportes de Seguridad Social Realizar el pago mensual a los sistemas de salud, pensiones y riesgos laborales según la normatividad vigente. Descargar y verificar las constancias de afiliación y pago. Entregar los soportes al área o persona encargada dentro de los plazos establecidos.	Comprobantes de Afiliación y Pago de Seguridad Social Documentos oficiales que certifican la afiliación y el pago mensual al sistema de seguridad social.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrat	Ejecutar tareas complementarias dentro del marco del contrato.	Actividades adicionales cumplidas según requerimiento del contrato

TEOMELILA GUERRA ARAUJO
49787690
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 Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA 4- 2026

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

NIT: 900.959.048-4

DEBEA
VALENTINAFARFANHERRERA
CC.1022326700 DE BOGOTA.

La suma de 2.465.430 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS TREINTA PESOS) por concepto de servicios – Técnico en Salud Oral. Durante el periodo de 1 al 30 DE ABRIL de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 316-2026



VALENTINA FARFAN HERRERA
CC1022326700 de BOGOTA
CUENTA DE AHORROS

BANCODAVIVIENDA NUMERO

0550488446385129

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-11, 02:44:52 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1079614655

Periodo Cotización: marzo de 2026 **Periodo Servicio:** marzo de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822879442

PAGADO 11/03/2026

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VALENTINA FARFAN HERRERA		
Documento	CC1022326700	**Dirección**	CR 85A #45 - 50 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3196722467
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022326700	VALENTINA FARFAN HERRERA	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.