

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Carolina Guerrero Figueroa					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52773485
CORREO ELECTRONICO:			carolinaguerrero04@gmail.com			CELULAR:		3134090850
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 29 KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU43E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550473800064452				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1209			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17766	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
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						\$11,555,250		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,311,050		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,311,050		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						83%		
El intervisor 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	APOORTE A SALUD 12.5% IBC	APOORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APOORTE ARL	TOTAL APORTES		
92811076	\$924,420	\$115,553	\$147,907	3	\$22,519	\$285,979		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
LADY HICEL MORENO ORTEGON 1013607929 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
Apoyar al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área.	si se presta el apoyo al odontología y se realiza desinfección de equipos, instrumental y áreas del consultorio.	Se ayuda al odontólogo y consultorio limpio y desinfectado e instrumental esterilizado.
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Se maneja comunicación redundante, se verifica que quede clara la información.	Se da cumplimiento y claridad en la información.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.	Registro carpetas diarias, inventarios.
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Se informa de los procedimientos de forma clara.	Se brinda información clara y pasos a seguir.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Atendiendo con amabilidad cordialidad y respeto a cada uno de los pacientes en la consulta e igualmente trato a mis compañeros del centro con paciencia y amabilidad	Se cumple brindando un trato humanizado.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Realice y entregue puntualmente mis informes de gestión, cumpliendo con el 100% de las actividades asignadas, realizar el informe solicitado por el supervisor del contrato	Informe de gestión al día con un rendimiento del 100%
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Seguir los procedimientos y lineamientos estipulados en La sub red. Le doy buen uso y manejo a los elementos entregados para el	Le doy buen uso y manejo a los elementos entregados para el servicio.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participación cuando se han programadas.	Se participa puntualmente en las reuniones asignadas.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Se reporta a tiempo para recibir pronto solución sin que se vea afectada el servicio.	Se notifica en los respectivos canales.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Se realizan la respectiva información y se direcciona al servicio.	Se cumple dando las respectivas indicaciones.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Brindando información de los respectivos programas.	Dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Cumplo debidamente ya que se esta en continua comunicación dando a conocer las sugerencias de la comunidad.	Se identifica y se orienta ala usuaría para que reciba el servicio.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Darle el manejo adecuado a la información.	Se siguen protocolos de la subred.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Cumplo de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución.	Se siguen protocolos establecidos por la subred.
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Se informa al líder.	Se sigue el conducto regular informando a tiempo para dar solución
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	Participación cuando se han programadas.	Se participa puntualmente en las reuniones asignadas.

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

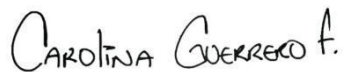
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

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

DEBE A:

CAROLINA GUERRERO FIGUEROA
CC 52773485 DE BOGOTÁ

La suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL CINCUENTA M/CTE (\$2.311.050) por concepto de:
PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ODONTOLOGIA/HIGIENISTA EN EL AREA DE ODONTOLOGIA,
durante el periodo de Junio 01 al 30 de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de
servicios No 1209-2026



CAROLINA GUERRERO FIGUEROA

NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA
CC 52773485 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 550473800064452

Cuenta No. 314050

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
Carolina Guerrero Figueroa	52773485	carolinaguerrero04@gmail.com	3134090850	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	550473800064452
PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2026-06-01 / 2026-06-30	LADY HICEL MORENO ORTEGON	1209 1079 / 17766	SU43E01 - 100 %	EQUIVALENTE-52773485-20260626111137-DOCUMENTO EQUIVALENTE JUNIO 2026.pdf	92811076	PLANILLA-52773485-20260626111137-PLANILLA DE PAGO MAYO 2026.pdf
VALOR TOTAL MAS ADICIONES		VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
\$13,866,300		\$11,555,250	\$2,311,050		\$2,311,050	83.33%
ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES			PRODUCTOS	
19614959	Apoyar al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área.	si se presta el apoyo al odontología y se realiza desinfección de equipos, instrumental y áreas del consultorio.			Se ayuda al odontólogo y consultorio limpio y desinfectado e instrumental esterilizado.	
19614960	Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Se maneja comunicación redundante, se verifica que quede clara la información.			Se da cumplimiento y claridad en la información.	
19614961	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integridad.	Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.			Registro carpetas diarias, inventarios.	

CERRAR VENTANA



Búsqueda



ESP
LAA



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52773485	CAROLINA GUERRERO FIGUEROA	CL 48 A SUR # 79 10	4834427	carolinaguerrero04@gmail.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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92811076	24/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$542.800	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	2	400	0	219.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	2	500	0	280.700	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	2	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	219.300
Pensión	1	280.200	280.700
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	542.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52773485	CAROLINA GUERRERO FIGUEROA		CL 48 A SUR # 79 10	4834427	carolinaguerrero04@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		92811076	24/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$542.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES														
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	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 52773485	GUERRERO FIGUEROA CAROLINA	57	0		N																230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	0	0	0	0	0	0	0	0	0