

					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:			SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52425714
CORREO ELECTRONICO:			ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM			CELULAR:		9300746
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			S ORAL ENDODONCIA USS 51 ZONA FRANCA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO08E08	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			9270289912				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1462			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	12061	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$5,475,210				
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:						\$35,451,000		
VALOR EJECUTADO						\$27,021,540		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$5,475,210		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$8,429,460		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						76%		
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		
91240901- 93018664	\$2,174,328	\$271,791	\$347,892	5	\$52,967	\$672,650		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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. Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente.	Atención de consulta especializada, elaboración correcta de la historia clínica . Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Endodoncia , Se tomó radiografías periapicales.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoración y entrega de referencia para autorización en su eps.
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	Se realizó la historia clínica de endodoncia de acuerdo a las exigencias legales	Historia clínica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
3. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo	Diligenciamiento del consentimiento informado previo a la atención	Consentimiento diligenciado al 100 % y archivado en historia clínica.
4. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos institucionales	Solicitud de exámenes complementarios como radiografías externas y periapicales tomadas en la sede	Radiografías periapicales realizadas
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	Remisión de los pacientes no intervenidos con su respectiva referencia y contrarreferencia	Referencia y contrarreferencia realizada
6. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención, garantizando una comunicación clara y ética	Información clara al paciente y sus familiares sobre su tratamiento a ejecutar	Se registran plan de tratamiento en historia clínica y Plan de tratamiento efectivo informado al paciente y si requiere a la familia
7. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos y los sistemas de información a su cargo	Diligenciamiento del informe de gestión en la atención odontológica (endodoncia)	Informe realizado
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	Atendí paciente con factura y escogí el ingreso adecuado en el sistema. 100% de atención de pacientes con factura	Facturas efectuadas
" 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"	Agendas impresas y revisadas con anterioridad	Agendas revisadas y gestionadas
"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"	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados	Informes mensuales
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	Notificaciones de los reportes de seguridad y posibles eventos adversos	Reporté sucesos de seguridad.
"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"	Se colocan los tickets correspondientes a fallas de calidad.	Reportes de anomalías en equipos a para su revisión y mantenimiento.
"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"	Se realizan planes de mejora y adherencia a guías	Planes de mejora realizados
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	Participación en las capacitaciones asignadas NSSC, EAC	Asegurate mes: Limpieza y desinfección
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	Cumplimiento del rendimiento requerido por el servicio.	Rendimiento: 2,9 %
16. Participar activamente en jornadas de inducción, capacitación, reuniones, eventos y demás actividades institucionales a las que sea convocado	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se participo en todas las actividades de capacitaciones y reuniones
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	Se brinda al paciente un trato humanizado con las características del mismo	Trato humanizado a los usuarios
18. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred	Conocimiento de los procedimientos, protocolos y lineamientos de la subred	adherencia a protocolos y manuales de la institución
19. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación, conforme a los lineamientos establecidos por la institución	Se utiliza la bata y carnet para garantizar la seguridad del paciente, Correcto uso de los implementos de identificación en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atención de pacientes	Disminuir riesgos de contaminación cruzada en consulta y correcta identificación del profesional por parte de los pacientes
20. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y realizar su devolución al finalizar el contrato	Uso de los EPP y de su cuidado	Se utilizan EPP

" 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"	Se realizaron los pagos correspondientes a salud, pension y arl	Pago de la planilla
"22. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente un caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta"	Se cumplio con el contrato establecido	Cumplimiento de contrato
"23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que sean acordes con el objeto contractual"	Se realizaron las actividades de acuerdo al objeto del contrato	Reporté suseos de seguridad con Codigo 102029

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



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS

ESPECIALISTA ENDODONCIA

Contrato Actual: 1462-2026

9300746 ROCIORTGONC@GMAIL.COM

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

No. de documento
52425714

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
9270289912

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 30/07/2026.

RELACION DE CUENTAS 312779

Buscar

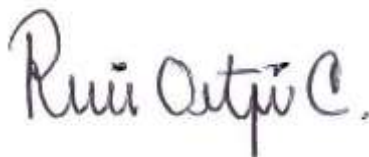
CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
312779	1462	2026-06-01 / 2026-06-30	\$27,021,540	\$5,475,210	76.22	\$8,429,460	● APROBADA	 
306523	1462	2026-05-01 / 2026-05-31	\$21,546,330	\$5,435,820	91.17	\$2,087,670	● APROBADA	 
303486	1462	2026-04-01 / 2026-04-30	\$16,110,510	\$5,553,990	68.17	\$7,523,490	● APROBADA	 

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

DEBE A:
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425.714 DE: BOGOTÁ

La suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS (\$5.553.990), por concepto de: prestación de servicios como ENDODONCISTA, en Zona Franca, con un total de 141 horas, valor hora \$39.390 Treinta y nueve mil pesos m/cte. durante el periodo de 01 al 30 JUNIO del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1462-2026



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425714 DE: BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 009270289912

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS		CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@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 (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		91240901	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,160,000	\$662.300	

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	270.000	0		0		0	7	1.400	0	271.400	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	345.600	0	0	0	0	7	1.800	0	347.400	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										

TOTALES CAJAS												
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	43.200	7	300	43.500	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	270.000	271.400
Pensión	1	345.600	347.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	43.200	43.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	658.800	662.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS		CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rociortegonc@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
		91240901	10/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$2,160,000	\$662.300	

DETALLE POR COTIZANTE																																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																		
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	INS	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	UPP	VST	SEN	ICE	LVA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCION	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	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN				
1	CC 52425714	ORTEGON CASTELLANOS SHIRLEY ROCIO			3	0		N									X									25-14	2.160.000	30	345.600	0	0	0	0	EPS008	2.160.000	30	270.000		0	0	0	0	CCF24	2.160.000	30	43.200	0	0	0	0	0	0	0	0