DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MIRYAM DEL CARMEN RODRIGUEZ GONZALEZ

C.C 32.749.390 DE BOGOTA

La suma de Tres millones setecientos cuarenta y un mil quinientos setenta y seis pesos m/cte. $3.741.576 por concepto de por prestación de servicios como odontóloga en USS villa Javier de la subred suroccidente durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1433 -2026



MIRYAM DEL CARMEN RODRIGUEZ GONZALEZ

C.C. 32.749.390 de Barranquilla

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 55 0007500916015

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:	MIRYAM RODRIGUEZ GONZALEZ							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	32749390		
CORREO ELECTRONICO:	rodriguez.mirian15@yahoo.es				CELULAR:	7560505		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA35E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7500916015				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1433			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17778	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:	$3,741,585						
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:	$22,449,456
VALOR EJECUTADO	$14,966,295
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,741,585
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,483,161
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
9505768017	$1,496,634	$187,079	$239,461	3	$36,458	$462,999

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

INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
1031122868
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
1.Atender la consulta programada de odontología general y las urgencias odontológicas, con calidad y oportunidad;	intervenciones de odontologia realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL para el presente mes se realizaron consultas y se valoraron de urgencias dinamica	exel de produccion del mes en el que este generando la cuenta de cobro (listado de citas)
2. Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su servicio, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente;	intervenciones de odontologia realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL para el presente mes se realizaron consultas y se valoraron de urgencias dinamica	pdf de sisvesos notificados mes
3. 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;	ntervenciones de odontologia realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica si se presentan auditorias colocar la adherencia	N/A
4. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo;	intervenciones de odontologia realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL dinamica si se presentan auditorias colocar la adherencia	N/A
5. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos establecidos;	se realiza solicitud de paraclinicos complementarios acordes a la necesidad del paciente	N/A
6. Realizar el seguimiento, control, referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando se requiera, de acuerdo con la red de servicios de salud;	Realizo la referencia al servcio de slaud que requiera el usuario segun la necesidad	Registro en historia clinica dinamica la oslicitud de la referencia
7. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención;	Informo al paciente y su familia sobre la condicion de salud	Registro en la historia clinica la condicion de salud del paciente y el tratamiento a esteblecer
8. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, incluyendo la atención de pacientes con factura, y mantener actualizados los informes estadísticos y sistemas de información a su cargo;	Registro en la historia clinica la condicion de salud del paciente y el tratamiento a esteblecer	Anexar el informe mensual Informe mensual
9. Apoyar los procesos de costos y facturación de los servicios prestados, responder por las glosas generadas por errores atribuibles a su gestión y asumir el cien por ciento (100 %) de aquellas que le sean imputables;	se realiza registro oportuno acorde a los procedimientos que se facturan y regiustran , si existe alguna novedad se articula con facturacion	Informe de campanazos si se present
10. Revisar la agenda de citas el día anterior e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la producción;	durante el mes no se presentaron novedades con respecto a la agenda	Adjunto agenda del mes agenda
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 sucesos de seguridad, eventos adversos o posibles eventos adversos;	REPORTE DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD	REPORTE DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD
12. Notificar las fallas de calidad del servicio mediante los aplicativos institucionales, participar en los análisis y ejecutar las acciones de mejora definidas;	aplicativos institucionales, participar en los análisis y ejecutar las acciones de mejora definidas; NOTIFICACION DE LOS SUCESOS DE SEGURIDAD	N/A
13. Elaborar e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados;	Reviso las auditorias que me sean compartidas en el mes MAYO	Adjunto la auditoria segun corresponda y si no se cumplio con el porcentaje de adherencia anexo el plan de mejora
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.;	Durante el mes MAYO se dio cumplimiento a las normas del SOGC	Anexar agenda del mes MAYO
15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas, implementando estrategias como la reposición de inasistencias para garantizar el cumplimiento de metas;	Reposicion de paciente de ser necesario para cumplir con la productidad del mes	Informe de rendimiento y productividad
16. Participar en jornadas de inducción, capacitación, reuniones y actividades a las que sea convocado;	En el mes de MAYO se participo en las reuniones convocadas (EAC-NSCCAPACITACIONES)	Anexo listado de asistencia de la reunioN
19. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y devolverlos al finalizar el contrato;	Conozco y cumplo los portocolos y lineamiento establecidos por la institutcion	pdf los ticket ,sucesos de seguridad
18. Usar demanera adecuada el uniforme y el carné de identificación;	Utilizar correctamente el uniforme, portar de manera visible el carné de identificación y mantener una presentación personal acorde con las normas establecidas por la institución.	Mantengo la presentacinon personal acorde lo indicado por el supervisor y el uso de la bata
19. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y devolverlos al finalizar el contrato;	Velo y respondo por los insumos del comsultorio desigando	si se llega a terminar contrato adjuntar acta de activos fijos
20. Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral junto con la cuenta de cobro;	intervenciones de odontologia realizada acorde a la necesidad del usuario registradas en HCL para el presente mes se realizaron consultas y se valoraron de urgencias dinamica	Presentar la planilla de pago al sistema de seguridad social.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

21. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta;	Informo de manera oportun a mi supervisor en caso de alguna eventualidad	Informar d emanera inmediata si se presenta alguna eventualidad para el cumplimiento de la agenda
22. Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y acordes con el objeto contractual	se realizaron todas las actividades acordes al contrato para producto no aplica	se realizaron todas las actividades acordes al contrato para producto no aplica

INGRID PAOLA RAMIREZ PEÑARANDA
1031122868
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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32749390		RODRIGUEZ GONZALEZ MIRIAN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 74 # 11 A - 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4069399	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	477168408	9507314081	I	2026/07/23	2026/07/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$576,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	32749390	RODRIGUEZ MIRIAN	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS002	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$1,750,905	$42,700	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$1,750,905	$35,100			$1,750,905	$42,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32749390		RODRIGUEZ GONZALEZ MIRIAN DEL CARMEN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANS 74 # 11 A - 35	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4069399	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	477168408	9507314081	I	2026/07/23	2026/07/14	BANCO DAVIVIENDA	0	$576,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0	$0	$42,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$42,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$0	$0	$35,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$0	$0	$35,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$0**	**$0**	**$576,900**