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:	Deisy Lorena Pardo Montealegre							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001053726		
CORREO ELECTRONICO:	pardolorena17@gmail.com				CELULAR:	3214611806		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 68 BRITALIA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU54E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488431510335					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1207			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17749	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 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
9505024420	$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.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 de Odontologia en las actividades del área	Realicé apoyo permanente al profesional de odontología en las actividades asistenciales del consultorio.	Asistí al odontólogo en la atención diaria garantizando apoyo oportuno en los procedimientos realizados.
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas	Brindé apoyo de orientación y acompañamiento a los pacientes durante su permanencia en el servicio	Pacientes atendidos con acompañamiento y orientación adecuada durante la consulta.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencié correctamente los formatos clínicos y administrativos requeridos en el servicio.	Formatos y registros clínicos completos, legibles y oportunamente entregados.
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	Realice y ejecuté los procedimientos delegados por el odontólogo conforme a mi competencia.	Procedimientos realizados según indicaciones del profesional tratante y registrados en historia clínica.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Cumplí y apoyé la aplicación de los protocolos de calidad establecidos por la Subred.	Actividades ejecutadas con adherencia a los lineamientos del Sistema de Garantía de Calidad.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	Elaboré y presenté el informe mensual de actividades realizadas	Informe mensual entregado al supervisor para certificación de cumplimiento.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondi y verifiqué el adecuado uso de los elementos asignados al servicio.	Entrega formal de elementos asignados en buen estado
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Asistí a las capacitaciones, reuniones e inducciones programadas por la institución.	Registro de asistencia a capacitaciones y reuniones institucionales.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Reporté oportunamente novedades y apoyé la implementación de acciones de mejora.	Reportes de fallas realizados y acciones correctivas aplicadas.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Apliqué los procedimientos institucionales en el desarrollo de mis funciones.	Actividades ejecutadas conforme a los procedimientos y manuales institucionales.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	Brindé apoyo en actividades adicionales solicitadas por la institución.	Actividades institucionales cumplidas según requerimiento.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registré diariamente las actividades asistenciales en el sistema de información.	Registros actualizados en el sistema institucional.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Realicé el pago oportuno de seguridad social y entregué los soportes correspondientes.	Planillas de pago de seguridad social entregadas
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Ejecuté las actividades adicionales asignadas por el supervisor del contrato.	Actividades complementarias realizadas conforme al objeto contractual.
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Notifiqué oportunamente cualquier novedad que afectara la prestación del servicio.	Comunicación formal realizada al supervisor ante eventualidades.
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	Participé activamente en las capacitaciones asignadas por la institución.	Evidencia de participación activa en capacitaciones institucionales.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1001053726		PARDO MONTEALEGRE DEISY LORENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 89a #45 a 38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3214611806	No

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	470016138	9506621350	I	2026/07/07	2026/07/10	BANCO DAVIVIENDA	3	$578,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES														PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
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		$576,900
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		$576,900
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		$576,900
1	CC	1001053726 PARDO DEISY																		23020 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$218,900	CCF24	30	$1,750,905	$35,100	14-11	30	$1,750,905	2.436%	$42,700	30	$0	$0	No	$576,900
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		$576,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$700	$0	$280,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$700	$0	$280,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$100	$0	$42,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$100	$0	$42,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,100	$100	$0	$35,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,100	$100	$0	$35,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$500	$0	$219,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$218,900	$500	$0	$219,400
TOTAL				**1**	**$576,900**	**$1,400**	**$0**	**$578,300**

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

DEBE A:

DEISY LORENA PARDO MONTEALEGRE
C.C. 1.001.053.726 DE BOGOTA D.C.

La suma de $ 2.311.050 DOS MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL CERO CINCUENTA pesos m/cte., por concepto de prestación de servicios como Auxiliar de Odontología y/o higiene oral en USS 68 BRITALIA con un total de 186 horas, valor hora de $12.425 doce mil cuatrocientos vienty cinco mil m/cte. durante el periodo de 01 al 31 de JULIO del año 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. **1207-2026.**

Lorena PM

DEISY LORENA PARDO MONTEALEGRE
C.C.1.001.053.726 DE BOGOTA D.C.
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 488431510335