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:	MARCELA EUGENIA SAENZ ALPIZAR						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	700519594	
CORREO ELECTRONICO:	saenzmaxilofacial@gmail.com				CELULAR:	3117717840	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL CONSULTA MAXILOFACIAL USS 29 KENNEDY				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU43E07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	3297215				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1475			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	21764	FECHA	2026-05-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGO ESPECIALISTA- CIRUJANO MAXILOFACIAL						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-05-01		2026-05-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$8,115,552						
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:	$32,468,208
VALOR EJECUTADO	$32,462,208
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8,115,552
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
81069945	$3,246,221	$405,778	$519,395	3	$79,078	$1,004,251

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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

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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	Intervenir en la realización del estudio de tomografía simple y contrastada durante su jornada laboral, realizando los estudios especiales de los pacientes de los serviciso de urgencias, hospitalizados y pacientes ambulatorios convencionales y especializadas.	Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe, durante el mes
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Mantener la confidencialidad de los consignado en las historias clínicas de los pacientes y en los informes realizados e interpretados.	Registrar en la plataforma Dinámica los informes de los estudios de imágenes diagnosticas efectuados. cubriendo en extensión el servicio según programación mensual, utilizando protocolo de informe radiológico, durante el mes
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevar diariamente el registro de los procedimientos y estudios realizados en los RIPS	Registrar en el sistema de la institución los reportes de las lecturas de las intervenciones y estudios realizados (RIPS) del mes
Participar en la programación de actividades del área.	Participación de reuniones, capacitaciones físicas y virtuales a las que sea solicitado	Firma de asistencia y certificados de capacitación virtual del mes
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Reportar en el aplicativo Almera (sucesos de Seguridad del paciente) cuando ocurran	Reportar oportuno suceso de seguridad en el mes
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Notificación de la verificación de equipos biomédicos solicitar revisión y/o cambios de equipos y accesorios, mantenimiento, notificando las fallas de calidad que se presenten en el servicio cuando ocurran	Reporte oportuno en el aplicativo (Mesa de ayuda) mes
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Dar instrucciones a su equipo de trabajo, antes, durante y después de la realización de la atencion y de los estudios realizados al paciente.	Socialización al grupo de trabajo sobre los procedimientos y actualización en técnicas de trabajo y atención de pacientes para el mes
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenciar los formatos adecuadamente con los pacientes y/o familiares, en historia clínica, dado como el propio de su especialidad con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad acorde al procedimiento	Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para el mes
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Realizar los estudios especiales que se utilicen, llamando al paciente para su atención y verificando su estado de salud, evaluando lo pertinente y conceptuando si es apto para efectuar los estudios, evaluando los riesgos de reacciones adversas al medio de contrate; una vez realizada esta labor, autorizar con su firma y sello la realización del examen solicitado por el medico tratante (consentimiento informado)	Diligenciar y aprobar y firmar el consentimiento informado para el mes
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Mantener informado constantemente al paciente y su familia los procedimientos a realizar y el manejo que debe darse	Informar al paciente su condicion medica y los procedimientos a realizar y socializarle tambien a su familia
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emitir conceptos antes y despues de verificar su condicion medica de acuerdo a la especialidad	Reportar la emision del concepto medico en el momento que se requiera
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Ser garante del cumplimiento de las normas del sistema obligatorio de garantia de la calidad en los procedimientos prestados	Cumplir con las normas en calidad con los procedimientos prestados
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Elaborar el informe de actividades mensualmente para la verificacion del cumplimiento del contrato	Cumplir con el informe de actividades mensual
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades	Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion	Participar en las jornadas de capacitacion, induccion y reuniones para el mejoramiento de acreditacion
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred	Dar cumplimiento y apoyar la implementacion de los procedimientos establecidos para la sub red
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	No aplica	No aplica
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registrar de forma adecuada las actividades relacionadas con la prestacion del servicio	Dar cumplimiento del registro de las actividades relacionadas con la prestacion del servicio en el mes
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	No aplica	No aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	Dar cumplimiento si se requiere la supervicion	No aplica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregar la planilla de pago debidamente cancelada	Entregar la planilla de pago debidamente cancelada en le mes que se requiera
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Estar pendiente y de comun acuerdo de las nuevas actividades a realizar si se requieren	Ejecutarlas de comun acuerdo con el supervisor

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

Copia Certificada Subred Suroccidente

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
cea8dbdcf7ddad06fc86a121ace3967d4d7ba87bb5d5a4f8221a753d0e62acde81a700443bfb22351c25d20eb01daf69

Número de Factura: MSA-7
Fecha de Emisión: 27/05/2026
Fecha de Vencimiento: 26/06/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Crédito
Medio de Pago: Transferecia Crédito
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: SAENZ ALPIZAR MARCELA EUGENIA
Nombre Comercial: SAENZ ALPIZAR MARCELA EUGENIA
Nit del Emisor: 700519594
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal:O-47
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8621

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CR 7 33 91 BRR SANTA FE
Teléfono / Móvil: 3117717840
Correo: saenzmaxilofacial@gmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 9 39 46
Teléfono / Móvil: 6013849160
Correo: saenzmaxilofacial@gmail.com

Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	1	HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL	LUN	93,00	$ 87.264,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 8.115.552,00

Notas Finales

HONORARIOS COMO ESPECIALISTA EN CIRUGIA MAXILOFACIAL EN MAYO DE 2026
Linea de negocio: HONORARIOS PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION

Datos Totales

Documento generado el:
27/05/2026 09:57:26
Documento validado por la DIAN:
27/05/2026 09:57:27
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	8115552
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	8115552
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	8115552
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 8115552

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	8.115.552,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	8.115.552,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	8.115.552,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 8.115.552,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764108874677 Rango desde: 1 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2028-04-24

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	930175	MARCELA EUGENIA SAENZ ALPIZAR	Cra 7 #33-91	6013117717	msaenza7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81069945	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$1.561.200	

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	630.800	0		0		0	0	0	0	630.800	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	807.400	0	0	0	0	0	0		807.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	123.000				123.000	0	0	123.000			1.230	123.000	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	630.800	630.800
Pensión	1	807.400	807.400
Riesgos Laborales	1	123.000	123.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.561.200	1.561.200

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CE	930175	MARCELA EUGENIA SAENZ ALPIZAR	Cra 7 #33-91	6013117717	msaenza7@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81069945	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$1.561.200	

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	Excenuado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	CE 930175	SAENZ ALPIZAR MARCELA EUGENIA	57	0			N																	25-14	5.046.080	30	807.400	0	0	0	0	EPS008	5.046.080	30	630.800	14-11	5.046.080	30	3	123.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CE	930175	SAENZ	ALPIZAR	MARCELA	EUGENIA	2026-04	Compensar	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
Compensar	04/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2026	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2025	5	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2024	15	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
Compensar	07/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización