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:	MARGARITA ROSA MADERO MARIMON							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	32882266		
CORREO ELECTRONICO:	dra.marguiemadero@hotmail.com				CELULAR:	3008184346		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO08E02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488425565238					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1460			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17894	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:			$3,663,270				
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:	$21,979,620
VALOR EJECUTADO	$18,316,350
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,663,270
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,663,270
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
9505466326	$1,465,308	$183,164	$234,449	3	$35,695	$453,308

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

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.Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboraciòn de historia clìnica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Odontopediatria ,	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboraciòn de historia clìnica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Odontopediatria y se dan cita para controles
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;	dligencio con oportunidad veracidad , y preguntando los cuatro inequivocos nombre completo documento fecha de naciemiento y edad para dar cumplimiento a la norma	se diligencia la historia clinica de odontopediatria con la informacion correcta
3. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo;	se diligencia consentimiento informado , con los 4 inequivocos se firma y se envia al area de archivo cuando lo requiera ,	se diligencia consentimiento informado antes de cada procedimento expliacandolo y haciendo cominicacion redundante .
4. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos institucionales;	se hace solicitud de paraclinicos en el caso que lo requiera	solicita examnes en caso requerido , tambien se solicita radiografias periapicales
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;	realizar referencia y contrareferencia a los pacientes dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdos con las normas que la regulan	realizar referencia y contrareferencia a los pacientes dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdos con las normas que la regulan
6. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención, garantizando una comunicación clara y ética;	se Informa al paciente y a su familia sobre su condición de salud se le entrega un plan de manejo y atención, garantizando una comunicación clara y ética	se da la informacion y las indicaciones al paciente sobre su procedimento y se hace comunicación redundante para saber si entendio .
7. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos y los sistemas de información a su cargo;	mensualmente se debe entregar el informe de gestion con las actividades realizadas	diariamente se alimenta el informe de gestion para enviarlo al finalizar el mes a mi supervisor del contrato y lideres en salud oral
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 escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion de pacientes con factura para evitar glosas
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;	revisar agenda el dia anterior para su verificacion	se revisa agenda por si hay alguna novedad y poder avisar al supervisor
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;	mensualmente se debe entregar el informe de gestion con las actividades realizadas	diariamente se alimenta el informe de gestion para enviarlo al finalizar el mes a mi supervisor del contrato y lideres en salud oral
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;	me adhiero 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	reporte de susesos de seguridad por la intanet seguridad del paciente : REPORTE NUMERO
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 realiza reportes de seguridad	se realizan reportes de seguridad y se notifican posibles eventos adversos.
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;	el supervisor del contrato podra implementar planes de mejora si asi se requiere	participo activamente en los planes de mejora asignados
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;	se cumplen con todos los estandares de acreditacion y participar en actividades programadas	cumplo con todos los estandares de acreditacion y participo en las actividades programadas .

Copia Certificado Subred Suroccidente

15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas establecido para el servicio, implementando las CONTRATO NUMERO: 1460-2026 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA:MADERO MARIMON MARGARITA ROSA - CEDULA No. 32.882.266 OBJETO: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Salud Oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerim VALOR TOTAL DEL CONTRATO: CATORCE MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL OCHENTA PESOS M/CTE. ($ 14.653.080) VALOR HORA: TREINTA Y NUEVE MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE. ($39.390) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 31 de mayo de 2026 SUPERVISOR : DIRECTOR DE SERVICIOS AMBULATORIOS CONDICIONES CONTRACTUALES 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;	se implementan 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	implemento las estartegias necesarias para reponer inasistencias y garantizo el uso eficiente del tiempo contratado con un rendimiento de 3.2
16. Participar activamente en jornadas de inducción, capacitación, reuniones, eventos y demás actividades institucionales a las que sea convocado;	participar en las capacitaciones y conversatorios	asegurate del mes : LIMPIEZA Y DESINFECCION
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;	Brindo 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	Brindo 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
18. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred;	Conosco, cumplo y apoyo la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred	cumplo los protocolos establecidos por la subred
19. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación, conforme a los lineamientos establecidos por la institución;	porto el carnet y el uniforme adecuadamente	cumplo con los lineamientos establecidos para el uso del carnet y uniforme institucional .
20. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y realizar su devolución al finalizar el contrato;	soy responsable de los elemetos que estan a mi cargo	respondo por los elementos dejados a mi cargo para el funcionamiento del servicio
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;	mensualmente adjunto en la cuenta de cobro la planilla pagada del mes vencido y constacia de eps y arl para su verificacion	se entragan todos los docuemntos requeridos por cuentas por pagar para la correcta aprovacion de la cuenta
22. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente un caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta	si se presentara una sitiacion donde no se pueda cumplir con el orden del dia se debe informar al supervisor del contrato	informo a mi supervisor en caso de sufrir alguna evento que no permita realizar las actividades asignadas
23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que sean acordes con el objeto contractual.	se realizan las demas actividades asignadas por el supervisor del contrato	de acuerdo al objeto contractual , se realizan las demas actividades asignadas por el supervisor

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.

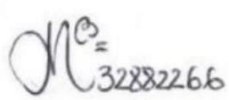
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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

DEBE A :
MARGARITA ROSA MADERO M
C.C 32.882.266 DE BARRANQUILLA

La suma de tres millones seiscientos sesenta y tres mil doscientos setenta ($3.663.270) Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de salud oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento ODONTOPEDIATRIA servicio resolutivo en centro de salud ZONA FRANCA sede tipo A, un total de 93 horas , valor hora ($39.390) treinta y nueve mil trecientos noventa m/cte. Durante el periodo del 1 AL 30 DE JUNIO 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato número **1460-2026** .



MARGARITA ROSA MADERO

C.C 32.882.266

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488425565238

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 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	394305334	9505466326	I	2026/06/17	2026/06/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$585,900

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)					$1,778,205	$284,600			$1,778,205	$222,300			$1,778,205	$35,600			$1,778,205	$43,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,778,205	$284,600			$1,778,205	$222,300			$1,778,205	$35,600			$1,778,205	$43,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,778,205	$284,600			$1,778,205	$222,300			$1,778,205	$35,600			$1,778,205	$43,400		$0	$0
1	CC 32882266	MADERO MARGARITA	25-14	30	$1,778,205	$284,600	EPS005	30	$1,778,205	$222,300	CCF24	30	$1,778,205	$35,600	14-11	30	$1,778,205	$43,400	30	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,778,205	$284,600			$1,778,205	$222,300			$1,778,205	$35,600			$1,778,205	$43,400		$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 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	394305334	9505466326	I	2026/06/17	2026/06/16	BANCO DAVIVIENDA	0	$585,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$284,600	$0	$0	$284,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$284,600	$0	$0	$284,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$43,400	$0	$0	$43,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$43,400	$0	$0	$43,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$35,600	$0	$0	$35,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$35,600	$0	$0	$35,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$222,300	$0	$0	$222,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$222,300	$0	$0	$222,300
TOTAL				1	$585,900	$0	$0	$585,900

1072246b-5b64-4f4f-bdce-8e57cfefff45

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

MARGARITA ROSA MADERO MARIMON

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 94,00 %

19 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=1072246b-5b64-4f4f-bdce-8e57cfefff45

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA FEBRERO 2026 DRA MADERO.pdf	CUENTA FEBRERO 2026 DRA MADERO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2026.pdf	CUENTA MARZO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2026.pdf	CUENTA ABRIL 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2026 (1).pdf	CUENTA MAYO 2026 (1).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo