

					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:			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	1572	FECHA	2026-07-16 14:59:04.000	NÚMERO DE CRP	24203	FECHA	2026-07-31 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-08-01			2026-08-31	
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:						\$25,642,890		
VALOR EJECUTADO						\$25,642,890		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,663,270		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor 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		
9508626566	\$1,465,308	\$183,164	\$234,449	3	\$35,695	\$453,308		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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								

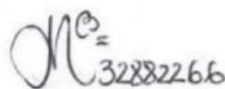
OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su especialidad, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatría elaboración de historia clínica y examen de odontopediatría de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Odontopediatría ,	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatría elaboración de historia clínica y examen de odontopediatría de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Odontopediatría 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;	diligencia con oportunidad veracidad , y preguntando los cuatro inequívocos nombre completo documento fecha de nacimiento y edad para dar cumplimiento a la norma	se diligencia la historia clínica de odontopediatría con la información correcta
3. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo;	se diligencia consentimiento informado , con los 4 inequívocos se firma y se envía al área de archivo cuando lo requiera ,	se diligencia consentimiento informado antes de cada procedimiento explicándolo y haciendo comunicación redundante .
4. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos institucionales;	se hace solicitud de paraclínicos en el caso que lo requiera	solicita exámenes en caso requerido , también se solicita radiografías periapicales
5. Realizar el seguimiento y control de los pacientes que requieran su intervención, incluyendo la referencia y contrareferencia 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 acuerdo con las normas que la regulan	realizar referencia y contrareferencia a los pacientes dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo 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 información y las indicaciones al paciente sobre su procedimiento y se hace comunicación redundante para saber si entendió .
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 gestión con las actividades realizadas	diariamente se alimenta el informe de gestión para enviarlo al finalizar el mes a mi supervisor del contrato y líderes 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 escogí el ingreso adecuado en el sistema	100% de atención 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 día anterior para su verificación	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 gestión con las actividades realizadas	diariamente se alimenta el informe de gestión para enviarlo al finalizar el mes a mi supervisor del contrato y líderes 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 sucesos de seguridad por la intranet seguridad del paciente : REPORTE NUMERO 103925
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 podrá implementar planes de mejora si así 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 estándares de acreditación y participar en actividades programadas	cumplo con todos los estándares de acreditación y participo en las actividades programadas .

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 área 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 3.5
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 : buena practica de comunicacion
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, cumpto y apoyo la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred	cumpro 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	cumpro 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 entregan todos los documntos 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 situacion 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
<p style="text-align: center;">Liliana Castiblanco Mosos 52619353 Supervisor</p>		
<p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>		
<p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

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 SERVICIOS 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 trescientos noventa m/cte. Durante el periodo del 1 al 31 de agosto 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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 32882266		MADERO MARIMON MARGARITA ROSA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle81#114-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	11111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	575380258		9508626566	I	2026/08/19	2026/08/18	BANCO DAVIVIENDA	\$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

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.	11111111	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-07	2026-07	575380258	9508626566	I	2026/08/19	2026/08/18	BANCO DAVIVIENDA	\$585,900

RESUMEN DE PAGO

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

CANTIDAD POR PAGAR	
	\$284,600
	\$284,600
	\$43,400
	\$43,400
	\$35,600
	\$35,600
	\$222,300
	\$222,300
	\$585,900



Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Hace constar que:

MARGARITA ROSA MADERO MARIMON

CC

32882266

Participó en el proceso de formación:

Modelo de Relacionamiento

Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *18 de agosto de 2026*

Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

“Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio”



QR de
verificación:



La información se registró satisfactoriamente, código para realizar seguimiento es 103925.

Aceptar