| 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 | 1572 | FECHA | 2026-07-16 14:59:04.000 | NÚMERO DE CRP | 24021 | FECHA | 2026-07-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-08-01 | | 2026-08-06 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $434,875 | | | | | | |
| 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: | $16,177,350 |
| VALOR EJECUTADO | $14,301,175 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $434,875 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1,876,175 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 88% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9508212891 | $924,420 | $115,553 | $147,907 | 3 | $22,519 | $285,979 |

Dado en Bogotá a los seis(6) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 | Elaboré y presenté el informe mensual de actividades realizadas |
| 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. | 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

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 |
| 2026-08 | 2026-08 | 640771913 | 9509831999 | I | 2026/09/07 | 2026/09/09 | BANCO DAVIVIENDA | 2 | $578,000 |

## 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 | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 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 | $500 | $0 | $280,700 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $280,200 | $500 | $0 | $280,700 |
| 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 | $400 | $0 | $219,300 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $218,900 | $400 | $0 | $219,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$576,900** | **$1,100** | **$0** | **$578,000** |

**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 1.770.562 UN MILLON SETECIENTOS SETENTA MIL QUINIENTOS SESENTA Y DOS 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 09 al 30 de SEPTIEMBRE 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**