DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURAR

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MYRIAM YOLANDA ARIZA ULLOA

C.C 52634573 DE Bogotá

La suma de dos millones trecientos once mil cincuenta pesos, M/CTE, $2,311.050 por concepto de: Servicios prestados como auxiliar de odontología, durante el periodo del 01 al 31 de AGOSTO del 2026, en el centro de salud villa Javier de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1221-2026



MYRIAM YOLANDA ARIZA ULLOA

C.C. 52634573 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIIENDA

008400724152

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 52634573		ARIZA ULLOA MYRIAM YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 78f # 63a - 54 Sur Bosa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226080260	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	653105963	9510317685	I	2026/09/16	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800

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)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0
1	CC	52634573 ARIZA MYRIAM	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS017	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$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 52634573		ARIZA ULLOA MYRIAM YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 78f # 63a - 54 Sur Bosa	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3226080260	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	653105963	9510317685	I	2026/09/16	2026/09/14	NEQUI	0	$541,800

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	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0					$0	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$280,200	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$0					$0	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$42,700	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0					$0	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$218,900	$0	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$0	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$280,200
$280,200
$42,700
$42,700
$218,900
$218,900
$541,800

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:	myriam yolanda ariza ulloa						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52634573	
CORREO ELECTRONICO:	yollis0269@gmail.com				CELULAR:	7952340	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL SALUD ORAL - P y D USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35E06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8400724152				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1221			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29503	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
		2026-08-01			2026-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$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:	$16,177,350
VALOR EJECUTADO	$16,177,350
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,311,050
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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
9508691948	$924,420	$115,553	$147,907	3	$22,519	$285,979

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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. Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área.	Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área	Entrega de codigos a los usuarios numero de cuantos se entregaronen el mes (crear un cuadro)
2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	reps de atenciones brindadas en el servicio y numero de usuarios atendidos en el mes de JULIO
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	las historias clinicas del mes Julio quedaron registradas en dinamica net y carpetas instituanales
4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia	en el mes junio se realizaron --------- numero de odontogramas
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	las historias clinicas del mes Julio quedaron registradas en dinamica net articulodas con los procesos de calidad
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaborar un informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades ejecutadas	Pantallazo del cargue de las carpetas con las obligaciones asignadas registrados en el drive de la sede y en el secop
7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Conservar y usar adecuadamente los bienes asignados.	Anexar pdf del inventario a cargo en caso de terminacion de contrato realizar acta de entrega
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistir a reuniones y eventos a los cuales sea convocado oficialmente	anexar acta de la reunion mensual
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notificar oportunamente las fallas de calidad que se presenten en la prestación del servicio.	se realiza solicitud de mantenimiento o fallas en el sistema por medio de ticket anexar en pdf los ticket realizados a su nombre .
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	durante l mes Julio se dio cumplimiento a los porcedimientos acorde a los protocolos institucionales	se evidencia en el registro de historias clinicas del mes y se anexan auditorias si se socializan en el mes
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales	Atender los requerimientos institucional según las instrucciones de la supervisión	actas
12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	registro de hcl	se evidencia en el registro de historias clinicas del mes y se anexan auditorias si se socializan en el mes
13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social os profesionales mensualmente.	Realizar el pago de la planilla del mes correspondiente	entrega de parafiscales
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	se realizaron todas las actividades acordes al contrato	N/A
15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Informar al supervisor del contrato sobre la imposibilidad de asistir a la consulta.	Registro de notificación al supervisor (correo, mensaje institucional, llamada con constancia). si no se presenta novedad especificar que no aplica porque no se presentaron novedads
16. Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área.Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	En el mes asisti a la capacitacion	Registro de asistencia firmado o digital.

Copia Certificada
Subred Sur Occidente

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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