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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Monica mendez molina						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51980499	
CORREO ELECTRONICO:	monicamotita123@hotmail.com				CELULAR:	3015848587	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ENDODONCIA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E08	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	796018232				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1205			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1945	FECHA	2026-09-14 16:15:20.000	NÚMERO DE CRP	36237	FECHA	2026-09-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-09-01		2026-09-30		
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:	$18,488,400
VALOR EJECUTADO	$18,488,400
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
1084527793	$924,420	$115,553	$147,907	3	$22,519	$285,979

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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. Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área.	Apoyé y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada.	Se diligencio las historias clinicas sistematizadas (odontograma y periodontograma)
2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Apoye a el paciente verificando documentos exactos y codigos del procedimiento a realizar para una adecuada facturacion	Pácientes correctos con remision a la especialidad que desee ser atentendido y facturado correctamente
"3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. "	Diligenciamiento de formatos y todo lo relacionado con el consultorio odontologico y esterilizacion	Adherencia a los diferentes formatos y protocolos dados por la institución.
"4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. "	En este mes no se realizan actividades de higiene oral	No aplica
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoye al cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Sigo manuales y protocolos de la institucion para garantizar la calidad del servicio
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	En este mes no se realizan actividades de higiene oral	No aplica
"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. "	"Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. "	Limpieza y cuidado de los equipos a diario, haciendo sus respectivos tickets, y en caso de terminacion del contrato sera entregado a las personas asignadas
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participé en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los que sea convocada.	Asegurate mes de Septiembre BUENAS PRÁCTICAS EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifique las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementando las acciones de mejora definidas para el servicio.	Informo de las fallas de calidad,Reportando en la mesa de ayuda y almera Reporte De Suceso de seguridad con codigo 105008
"10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. "	Conocimiento y cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Adherencia a los diferentes formatos y protocolos dados por la institución.
11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Apoye a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Dispuesta siempre a colaborar en las diferentes sedes de la institucion
" 12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. "	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio	Registro en formatos que tiene la institucion
"13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente."	"Entregue la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente."	Planilla pagada
"14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. "	Realize las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Participo en actividades como seguridad del paciente, humanizacion, seguridad y salud en el trabajo etc.
15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Informare sobre eventos de inasistencia a mi supervisor del contrato	Informar siempre
16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	16. Participe activamente en las capacitaciones a las que sea asignada.	Cada vez que me asignen realizar un curso en el aula virtual es realizado a tiempo

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



Monica mendez molina

AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA Y/O HIGIENE ORAL

Contrato Actual: 1205-2026

3015848587 monicamotita123@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
51980499

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DE BOGOTA

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
796018232

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **27/10/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 330260

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
330260	1205	2026-09-01 / 2026-09-30	$18,488,400	$2,311,050	100	$0	APROBADA	
323002	1205	2026-08-01 / 2026-08-31	$16,177,350	$2,311,050	100	$0	APROBADA	
320517	1205	2026-07-01 / 2026-07-31	$13,866,300	$2,311,050	85.71	$2,311,050	APROBADA	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

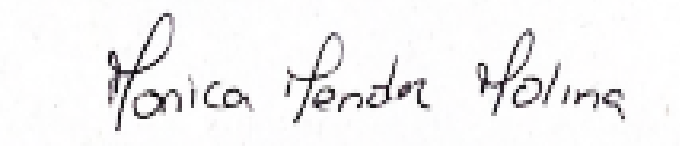
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MONICA MENDEZ MOLINA
C.C 51980499 DE BOGOTA

La suma de $ 2.311.050 DOS MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL CINCUENTA pesos m/cte pesos m/cte., por concepto de prestación de servicios como Auxiliar de Odontología, en el Caps. Zona Franca, con un total de 186 horas, valor hora de $12.425 Doce mil Cuatrocientos veinticinco pesos m/cte. durante el periodo de 1 al 30 SEPTIEMBRE del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1205-2026**



MONICA MENDEZ MOLINA
C.C. 51980499 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA
NUMERO 796018232

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-09-16, 04:44:45 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1084527793 **Referencia pago(PIN)** 8823436771

Periodo Cotización 202608 **Periodo Servicio** 202608

Cliente:

PAGADA 2026-09-16

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MONICA MENDEZ MOLINA				
Documento	CC 51980499	**Dirección**	TV 73C SUR #65 - 14 CASA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3045848587		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51980499		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MENDEZ MOLINA MONICA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	30			$ 1.750.905	230301		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS037		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	CCF24	2 %	$ 1.750.905	$ 35.100	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	NUEVA EPS S.A.	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 35.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 576.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!