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:	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52425714	
CORREO ELECTRONICO:	ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM				CELULAR:	9300746	
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 DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9270289912				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5039			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1945	FECHA	2026-09-14 16:15:20.000	NÚMERO DE CRP	38681	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:			$5,475,210				
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:	$15,322,710
VALOR EJECUTADO	$9,414,210
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,475,210
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,908,500
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	61%

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
94445035	$1,575,600	$196,950	$252,096	5	$38,382	$487,428

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

Copia certificada Subred Suroccidente

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

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.	Atencion de consulta especializada, elaboraciòn correcta de la historia clìnica . Se diagnosticó patologìas y se efectuò tratamientos en Endodoncia , Se tomò radiografias periapicales.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps.
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	Se realizo la historia clinica de endodoncia de acuerdo a las exigencias legales	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
3. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo	Diligenciamiento del consentimiento informado previo a la atencion	Consentimiento diligenciado al 100 % y archivado en historia clinica.
4. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos institucionales	Solicitud de examanes complementarios como radiografias externas y periapicales tomadas en la sede	Radiografias periapicales realizadas
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	Remision de los pacientes inetervenidos con su respectiva referencia y contrarrefencia	Referencia y contrarrefencia realizada
6. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención, garantizando una comunicación clara y ética	Informacion clara al paciente y sus familiares sobre su tratamiento a ejecutar	Se registran plan de tratamiento en historia clìnica y Plan de tratamiento efectivo informado al paciente y si requiere ala familia
7. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, manteniendo actualizados los informes estadísticos y los sistemas de información a su cargo	Diligenciamiento del informe de gestion en la atencion odontologica (endodoncia)	Informe realizado
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	Facturas efectuadas
" 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"	Agendas impresas y revisadas con anterioridad	Agendas revisadas y gestionadas
"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"	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados	Informes mensuales
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	Notificaciones de los reportes de seguridad y posibles eventos adversos	Reporté susesos de seguridad con Codigo 105010
"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 colocan los tickets correspondientes a fallas de calidad.	Reportes de anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
"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"	Se realizar planes de mejora y adherencia a guias	Planes de mejora realizados
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	Participacion en las capacitaciones asignadas NSSC, EAC	ASEGURATE MES DE SEPTIEMBRE BUENAS PRÁCTICAS EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS
15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas establecido para el servicio, implementando las 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	Cumplimiento del rendimiento requerido por el servicio.	Rendimiento: 2,7 %
16. Participar activamente en jornadas de inducción, capacitación, reuniones, eventos y demás actividades institucionales a las que sea convocado	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Se participo en todas las actividades de capacitaciones y reuniones
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	Se brinda al paciente un trato humanizado con las caracteristicas del mismo	Trato humanizado a los usuarios
18. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred	Conocimiento de los procedimientos, protocolos y lineamientos de la subred	adherencia a protocolos y manuales de la institucion
19. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación, conforme a los lineamientos establecidos por la institución	Se utiliza la bata y carnet para garantizar la seguridad del paciente, Correcto uso de los implementos de identificacion en el Centro de salud zona franca y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes
20. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y realizar su devolución al finalizar el contrato	Uso de los EPP y de su cuidado	Se utilizan EPP

Copia Certificada
Subred Suroccidente

" 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"	Se realizaron los pagos correspondientes a salud, pension y arl	Pago de la planilla
"22. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente un caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta"	Se cumplio con el contrato establecido	Cumplimiento de contrato
"23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato, siempre que sean acordes con el objeto contractual"	Se realizaron las actividades de acuerdo al objeto del contrato	Reporté susesos de seguridad con Codigo 105010

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 Certificadd
Subred Suroccidente



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS

ESPECIALISTA ENDODONCIA

Contrato Actual: 5039-2026

9300746 ROCIOORTEGONC@GMAIL.COM

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
52425714

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
9270289912

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

RELACION DE CUENTAS 331418

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
331418	5039	2026-09-01 / 2026-09-30	$9,414,210	$5,475,210	61.44	$5,908,500	APROBADA	
324018	5039	2026-08-12 / 2026-08-31	$3,939,000	$3,939,000	100	$0	APROBADA	
318938	1462	2026-07-01 / 2026-07-31	$32,496,750	$5,475,210	91.67	$2,954,250	APROBADA	

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

DEBE A:
SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425.714 DE: BOGOTÁ

La suma de CINCO MILLONES CUATROCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIEZ PESOS ($5.475.210), por concepto de: prestación de servicios como ENDODONCISTA, en Zona Franca, con un total de 139 horas, valor hora $39.390 Treinta y nueve mil 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 5039-2026



SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS
CC: 52.425714 DE: BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS: BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 009270289912

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS	CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94445035	14/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$2,190,000	$673.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	273.800	0		0		0	11	2.300	0	276.100	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	350.400	0	0	0	0	11	2.900	0	353.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	43.800	11	400	44.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	273.800	276.100
Pensión	1	350.400	353.300
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	1	43.800	44.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	668.000	673.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52425714	SHIRLEY ROCIO ORTEGON CASTELLANOS	CALLE 116 A # 71 C 17 APTO 201	3123693342	rocioortegonc@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		94445035	14/09/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-08	2026-08	I	$2,190,000	$673.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Excarcelado	IND	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 52425714	ORTEGON CASTELLANOS SHIRLEY ROCIO	3	0			N																	25-14	2.190.000	30	350.400	0	0	0	0	EPS008	2.190.000	30	273.800		0	0		0	CCF24	2.190.000	30	43.800	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información