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:	Yuri Katherine Fernández Lugo						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1073161508	
CORREO ELECTRONICO:	katikafernandez1991@gmail.com				CELULAR:	3232342336	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550127300105047				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5076			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1945	FECHA	2026-09-14 16:15:20.000	NÚMERO DE CRP	38701	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:	$4,005,820
VALOR EJECUTADO	$4,005,820
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
38794935-38796520	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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. "	" Realice a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. "	se realiza procedimiento a cada paciente según necesidad
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.	Elabore informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Se elabora informe mensual
"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	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

Copia Certificada Subred Suroccidente

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



Yuri Katherine Fernández Lugo

AUXILIAR DE ODONTOLOGÍA Y/O HIGIENE ORAL

Contrato Actual: 5076-2026

3232342336 katikafernandez1991@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
1073161508

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
550127300105047

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

RELACION DE CUENTAS 333117

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
333117	5076	2026-09-01 / 2026-09-30	$4,005,820	$2,311,050	100	$0	APROBADA	
324221	5076	2026-08-10 / 2026-08-31	$1,694,770	$1,694,770	100	$0	APROBADA	

Filas por página: 5 1 - 2 de 2

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

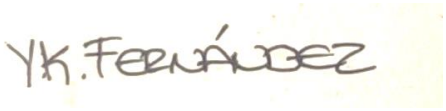
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YURI KATHERINE FERNANDEZ LUGO
C.C 1073161508 DE MADRID-CUNDINAMARCA

La suma de $ 2.311.050 DOS MILLONES TRECIENTOS ONCE MIL CINCUENTA 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 DE SEPTIEMBRE del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **5076-2026**



YURI KATHERINE FERNANDEZ LUGO
C.C 1073161508 DE MADRID-CUNDINAMARCA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 055012730010504 7

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	YURI KATHERIN FERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1073161508
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-09-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-03
FECHA DE PAGO:	2026-09-25
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	38794935
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38794935
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 1.342.361	$ 0	$ 0	$ 2.800	$ 167.800	$ 170.600
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 1.342.361	$ 0	$ 0	$ 3.600	$ 214.800	$ 218.400
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 6.400	$ 382.600	$ 389.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/10/2026

RAZÓN SOCIAL :	YURI KATHERIN FERNANDEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1073161508
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2026-09-28
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-09-03
FECHA DE PAGO:	2026-09-28
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2026-08
PERÍODO SALUD:	2026-08
NÚMERO PLANILLA:	38796520
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	38796520
TIPO DE PLANILLA:	N
NÚMERO PLANILLA CORREGIDA:	38794935

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 0	$ 0	$ 700	$ 32.700	$ 33.400
Subtotal ARL		1	1	$ 0	$ 0	$ 700	$ 32.700	$ 33.400
			Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 700	$ 32.700	$ 33.400

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/10/2026