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:	Carolina Guerrero Figueroa							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52773485		
CORREO ELECTRONICO:	carolinaguerrerof04@gmail.com				CELULAR:	3134090850		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 29 KENNEDY				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU43E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550473800064452				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1209			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29451	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
93689834	$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.

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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
Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área.	si se presta el apoyo al odontología y se realiza desinfección de equipos, instrumental y áreas del consultorio.	Se ayuda al odontólogo y consultorio limpio y desinfectado e instrumental esterilizado.
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	Se maneja comunicación redundante, se verifica que quede clara la información.	Se da cumplimiento y claridad en la información.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.	Registro carpetas diarias, inventarios.
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	Se informa de los procedimiento de forma clara.	Se brinda información clara y pasos a seguir.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Atendiendo con amabilidad cordialidad y respeto a cada uno de los pacientes en la consulta e igualmente trato a mis compañeros del centro con paciencia y amabilidad	Se cumple brindando un trato humanizado.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Realice y entregue puntualmente mis informes de gestión, cumpliendo con el 100% de las actividades asignadas, realizar el informe solicitado por el supervisor del contrato	Informe de gestión al día con un rendimiento del 100%
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Seguir los procedimientos y lineamientos estipulados en La sub red. Le doy buen uso y manejo a los elementos entregados para el servicio.	Le doy buen uso y manejo a los elementos entregados para el servicio.
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participación cuando se han programadas.	Se participa puntualmente en las reuniones asignadas.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Se reporta a tiempo para recibir pronto solución sin que se vea afectada el servicio.	Se notifica en los respectivos canales.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Se realizan la respectiva información y se direcciona al servicio.	Se cumple dando las respectivas indicaciones.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	Brindando información de los respectivos programas.	Dando a conocer los servicios y los beneficios que pueden recibir
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Cumplo debidamente ya que se esta en continua comunicación dando a conocer las sugerencias de la comunidad.	Se identifica y se orienta ala usuaria para que reciba el servicio.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Darle el manejo adecuado a la información.	Se siguen protocolos de la subred.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Cumplo de manera adecuada con los manuales establecidos por la institución.	Se siguen protocolos establecidos por la subred.
En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato.	Se informa al líder.	Se sigue el conducto regular informando a tiempo para dar solución
Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	Participación cuando se han programadas.	Se participa puntualmente en las reuniones asignadas.

Copia Controlada
Subred Suroccidente

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

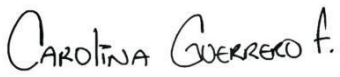
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CAROLINA GUERRERO FIGUEROA

CC 52773485 DE BOGOTÁ

La suma de DOS MILLONES TRESCIENTOS ONCE MIL CINCUENTA M/CTE ($2.311.050) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ODONTOLOGIA/HIGIENISTA EN EL AREA DE ODONTOLOGIA, durante el periodo de Agosto 01 al 31 de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1209-2026



CAROLINA GUERRERO FIGUEROA

NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA

CC 52773485 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 550473800064452

Cuenta No. 324589

NOMBRE	DOCUMENTO	CORREO	CELULAR	BANCO	TIPO DE CUENTA	NO. DE CUENTA
Carolina Guerrero Figueroa	52773485	carolinaguerrerof04@gmail.com	3134090850	BANCO DAVIVIENDA S.A	AHORRO	550473800064452

PERIODO	SUPERVISOR	CONTRATO CDP / CRP	CENTROS DE COSTO	DOCUMENTO EQUIVALENTE	NO. PLANILLA	PLANILLA
2026-08-01 / 2026-08-31	LADY HICEL MORENO ORTEGON	1209 1713 / 29451	• SU43E01 - 100 %	• EQUIVALENTE-52773485-20260826033136-DOCUMENTO EQUIVALENTE AGOSTO 2026.pdf	93689834	• PLANILLA-52773485-20260826033136-PLANILLA DE PAGO JULIO 2026.pdf

VALOR TOTAL MAS ADICIONES	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	VALOR A LIBERAR	SALDO POR EJECUTAR	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN
$16,177,350	$16,177,350	$2,311,050		$0	100%

ID	OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
19614959	Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área.	• si se presta el apoyo al odontología y se realiza desinfección de equipos, instrumental y áreas del consultorio.	• Se ayuda al odontólogo y consultorio limpio y desinfectado e instrumental esterilizado.
19614960	Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas.	• Se maneja comunicación redundante, se verifica que quede clara la información.	• Se da cumplimiento y claridad en la información.
19614961	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	• Realizo diariamente las carpetas y archivos que se encuentran a mi cargo a mi cargo.	• Registro carpetas diarias, inventarios.

CERRAR VENTANA

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	52773485	CAROLINA GUERRERO FIGUEROA	CL 48 A SUR # 79 10	4834427	carolinaguerrerof04@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
		93689834	25/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$542.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	1	200	0	219.100	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	1	300	0	280.500	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	1	100	42.800			427	42.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	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	218.900	219.100
Pensión	1	280.200	280.500
Riesgos Laborales	1	42.700	42.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	541.800	542.400

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	52773485	CAROLINA GUERRERO FIGUEROA	CL 48 A SUR # 79 10	4834427	carolinaguerrerof04@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
		93689834	25/08/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-07	2026-07	I	$0	$542.400	

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 52773485	GUERRERO FIGUEROA CAROLINA	57	0			N																	230201	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS010	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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