| 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: | LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52477502 | |
| CORREO ELECTRONICO: | LUZMAYTC78@HOTMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3203134498 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ENDODONCIA USS 92 PATIOS | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU59E08 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 17126405685 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1208 | | | VIGENCIA | 2026 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1945 | FECHA | 2026-09-14 16:15:20.000 | NÚMERO DE CRP | 36240 | FECHA | 2026-09-30 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-07-01 | | 2026-07-31 | | | |
| 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: | $13,866,300 |
| VALOR EJECUTADO | $13,866,300 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9506445198 | $924,420 | $115,553 | $147,907 | 5 | $22,519 | $285,979 |

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 |
|---|---|---|
| Apoyar al profesional del servicio de Odontologia en las actividades del área. | si se presta el apoyo a odontología y se realiza desinfección de equipos instrumental y áreas del consultorio • | Se ayuda al odontólogo 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 encuentren a mi cargo | Registro carpetas diarias e inventarios |
| Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia | se informa de los procedimientos 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 y cordialidad y respeto a cada uno de los pacientes en la consulta e igualmente trato a mis compañeros del centro con paciencia yamabilidad | 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 el 100%de las actividades asignadas • | Informe de gestión al día con cumplimiento 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 por la subred • | 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 sean 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 pronta solución sin que se vea afectado 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 realiza 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 beneficios que puede recibi |
| 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 está en continua comunicación dando a conocer las sugerencias de la comunidad | Se identifica y se orienta al usuario para que reciba el servicio |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | se realiza entrega de la planilla con su respectivo pago | Se entrega planilla de pago al día |
| 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 de 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 | e sigue el conducto regular informando a tiempo parar dar solución |
| participar activamente en las capacitaciones alas que se asignado | participación cuando se han programadas | Se participa puntualmente en las reuniones asignadas |

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

C.C N0. 52477502

La suma de 2311050 dos millones trecientos once mil cincuenta pesos m/cte, por concepto de prestación de servicios como auxiliar en salud oral en el área de odontología sede: CDS 92 patios. Durante el periodo del 01 al 31 de julio de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 1208-2026

LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA

C.C N0. 52477502

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

No. 17126405685

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 52477502 | | TIBAQUIRA CASTAÑEDA LUZ MAIDA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | clle 56h N 98c 30 sur | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5768437 | No |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-06 | 2026-06 | 93004306 | 9506445198 | I | 2026/07/02 | 2026/07/10 | BANCO DE OCCIDENTE | 8 | $502,100 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | | $0 | | $0 | $0 | | $499,100 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | | $0 | | $0 | $0 | | $499,100 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | | $0 | | $0 | $0 | | $499,100 |
| 1 | CC | 52477502 | TIBAQUIRA LUZ | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS008 | 30 | $1,750,905 | $218,900 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | 0.000% | $0 | 0 | $0 | $0 | No | $499,100 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $1,750,905 | $280,200 | | | $1,750,905 | $218,900 | | | $0 | $0 | | | $0 | | $0 | | $0 | $0 | | $499,100 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $280,200 | $1,700 | $0 | $281,900 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $280,200 | $1,700 | $0 | $281,900 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $218,900 | $1,300 | $0 | $220,200 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $218,900 | $1,300 | $0 | $220,200 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$499,100** | **$3,000** | **$0** | **$502,100** |

ARL

Medellin, 27 de julio de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:**

Que **LUZ MAYDA TIBAQUIRA CASTAÑEDA** con documento de identidad **C52477502**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

**Información general de la afiliación**

| Fecha inicio | Fecha fin | Tipo cotizante | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2024-07-01 | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO V | 0000000005 | 5 | 6.96 | EN COBERTURA |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 Modificación del contrato
2 Información general
3 Condiciones
4 Bienes y servicios
5 Documentos del Proveedor
6 Documentos del contrato
7 Información presupuestal
8 **Ejecución del Contrato**
9 Modificaciones del Contrato
10 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | PDF DOCUMENTOS FEBRERO.pdf | PDF DOCUMENTOS FEBRERO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PDF DOCUMENTOS MES DE MARZO.pdf | PDF DOCUMENTOS MES DE MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PDF DOCUMENTOS ABRIL.pdf | PDF DOCUMENTOS ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | PDF DOCUMENTOS MAYO.pdf | PDF DOCUMENTOS MAYO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >