

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión 2
Fecha de aprobación 31/03/2017
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA				GABRIEL ENRIQUE SANCHEZ MENDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO				C.C	X	C.E	NO.								
CORREO ELECTRONICO				gabodongx1@hotmail				CELULAR:		79186739					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								CELULAR:		3214453318					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD ORAL-MAXILO				KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
				A22A	20%	E5	20%	C02	30	107	1	804	29		
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				6181072882						PENSIONADO No					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2231-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8					
NÚMERO DE CDP		1433		FECHA		30/08/2018		NÚMERO DE CRP		38216		FECHA			
												31/08/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALARIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO		HASTA		DIA	
						1		9		2018				30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:														30	
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial										\$3.193.527	
														RESERVA DE GLOSA 2%	
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:										\$25.548.216					
VALOR EJECUTADO										\$25.548.216					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$3.193.527					
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953,105, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
	\$1.227.600,00	\$153.500	\$196.416	3	\$26.400	\$376.316									
Dado en Bogotá a los () días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil diez y ocho (2018), lo anterior para que surta el pago pertinente.															
Cordialmente,															
 DR CARLOS ORLANDO TRILLOS C NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:										 DR GABRIEL ENRIQUE SANCHEZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79186739	SANCHEZ	MENDEZ	GABRIEL	ENRIQUE	2017-01	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	79186739	SANCHEZ	MENDEZ	GABRIEL	ENRIQUE	2018-08	COMPENSAR E.P.S.	COTIZANTE
CC	79186739	SANCHEZ	MENDEZ	GABRIEL	ENRIQUE	2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
COMPENSAR E.P.S.	08/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	07/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	06/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	05/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	04/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023
COMPENSAR E.P.S.	03/2018	31/07/2017	30	COTIZANTE	4023

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Version	1
Servicio de Salud Sur Occidente E.S.E.		Fecha de emisión	06/11/2016
		Código	15-03-PO-0003
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		SALUD ORAL Y MAXILOFACIAL	
No. DE CONTRATO:		2231-2016	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GABRIEL ENRIQUE SANCHEZ MENDEZ	
OBJETO DEL CONTRATO:		El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MAXILO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	
E. resultado del cumplimiento del contrato es:		Productos: SI NO Servicios: SI NO	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo e reglamento interno, código o directorio interno de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	100%	• Realizar Consulta Programada	RIPS
2. Responder por las penas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato a sí o a quien le hubiere lugar.	100%	• Realizar Cirugía Ambulatoria Programada Bajo Anestesia Local	RIPS
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código de buen gobierno y ética institucional y/o profesional.	100%	• Realizar Cirugía Oral y Maxilofacial programada Bajo Anestesia General	REGISTRO DE ACTIVIDADES SALAS DE CIRUGIA
4. Pagar sus aportes a sistema de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	100%	• Realizar Turnos en Trauma Maxilofacial	TURNOS ASISTENCIALES DISPONIBILIDAD EN TRAUMA
5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	100%	• Realizar Atención de Pacientes por Urgencias de Maxilofacial	RIPS
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Sur Occidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno acorde al desarrollo de las actividades asignadas.	100%	• Realizar Manejo Intrahospitalarias y evolución de pacientes del Hospital	REVISTA Y JUNTAS DE TRAUMA
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes de sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.	100%	• Realizar Actividades Académicas con residentes de Cirugía Oral y Maxilofacial los días Jueves	LIBRO DE JUNTAS Y REVISTAS ACADEMICAS
8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación, gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación natural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.			
9. Cumplir con las políticas perennes, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y responsabilidades asignadas.			
10. Ejecutar las acciones preventivas y/o preventivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.			
11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.			
12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales programados por el contratista y por las entidades autorizadas por este con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.			
13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas.			
14. El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional, cualquier acción o pronunciamiento alguno que hiera con el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso.			
15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico amendado resolviendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que los conlleve.			
16. El contratista cuando existe una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.			
17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.			
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.193.527.00-TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL QUINIENTOS VEINTI SIETE PESOS			

Gabriel Sánchez Méndez



FORMATO ÚNICO
HOJA DE VIDA
Persona Natural
(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E.S.E.

SIDEAP
SISTEMA DE INFORMACIÓN CONTROL DEL EMPLEO Y LA SUBEMPLO
Última Actualización: 19-sep-2018

1

DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO SANCHEZ	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA) MÉNDEZ	NOMBRES GABRIEL ENRIQUE
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN C.C. ☒ C.E. ☐ PAS ☐ No. 79186739	SEXO F ☐ M ☒	NACIONALIDAD COL ☒ EXTRANJERO ☐
LIBRETA MILITAR PRIMERA CLASE ☐ SEGUNDA CLASE ☒	NUMERO 12869	D.M. 47
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO FECHA DIA 5 MES ABR AÑO 1969 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Zipaquirá	DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA Calle 22 #1a-09 Torre A, apartamento 603 PAÍS Colombia DEPTO Cundinamarca CIUDAD Chía TELEFONO 8661114 EMAIL gabodonqx1@hotmail.com	

2

FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA										TÍTULO Bachiller				
PRIMARIA					SECUNDARIA					MEDIA		FECHA DE GRADO		
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	DICIEMBRE	AÑO	1986

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA).

TL (TECNOLÓGICA).

TE (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA).

UN (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN).

MG (MAESTRIA O MAGISTER).

DC (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO SI NO	NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN MES	AÑO	No. DE TARJETA PROFESIONAL
UN	10	X	ODONTOLOGO(A)	12	1994	177497

DOMINIO DE IDIOMAS

ESPECIFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (R) BIEN (B) O MUY BIEN (MB)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
Inglés	X				X		X		



FORMATO ÚNICO HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente
E S E

SIDEAP

Última Actualización: 19-sep-2018

1

EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONES DE EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN Estricto orden cronológico comenzando por el actual

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Unión EPS	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS *****	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2015"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text"/> MES <input type="text"/> AÑO <input type="text"/>
CARGO O CONTRATO Cirujano Oral Maxilofacial	DEPENDENCIA Cirujía Maxilofacial	DIRECCIÓN Bogotá D.C.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Unión EPS	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS *****	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="10"/> AÑO <input type="text" value="2010"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="28"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2013"/>
CARGO O CONTRATO Cirujano Oral Maxilofacial	DEPENDENCIA Cirujía Maxilofacial	DIRECCIÓN Bogotá D.C.	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD Seguros la Equidad	PÚBLICA	PRIVADA ☒	PAÍS Colombia
DEPARTAMENTO Bogotá D.C.	MUNICIPIO Bogotá D.C.	CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD	
TELÉFONOS *****	FECHA DE INGRESO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="1"/> AÑO <input type="text" value="2009"/>		FECHA DE RETIRO DÍA <input type="text" value="1"/> MES <input type="text" value="9"/> AÑO <input type="text" value="2016"/>
CARGO O CONTRATO Cirujano Maxilofacial en Trauma Facial	DEPENDENCIA Cirujía Maxilofacial	DIRECCIÓN Bogotá D.C.	



HOJA DE VIDA

Persona Natural

Leyes 135 de 1994, 400 y 440 de 1995

SIDEAPO

135 de 1994, 400 y 440 de 1995

3 EXPERIENCIA LABORAL

CUADRO DE EXPERIENCIA LABORAL, O DE REGISTROS DE CURSOS EN ESTOS CENTROS DE FORMACIÓN, EN LOS QUE SE HAYAN DESARROLLADO ACTIVIDADES DE FORMACIÓN

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Fundación Universitaria del Mar del Norte	☒	☐	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA (CIudad y DISTRITO)			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Calle 135 de 1994, 400 y 440 de 1995			
FECHAS	FECHA DE REGISTRO		FECHA DE RETIRO		
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO
1	1	2009	1	1	2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		ESPECIALIDAD		
Docente en Cátedra, Pregrado y Posgrado	Hospital San Blas		Bogotá D.C.		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Universidad Cooperativa de Colombia	☐	☒	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA (CIudad y DISTRITO)			
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	Calle 135 de 1994, 400 y 440 de 1995			
FECHAS	FECHA DE REGISTRO		FECHA DE RETIRO		
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO
1	1	2009	1	1	2011
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		ESPECIALIDAD		
Docente en Cátedra, Pregrado y Posgrado	Especialidades Odontológicas		Bogotá D.C.		

EMPLEO O CONTRATO					
EMPRESA O ENTIDAD	PÚBLICA	PRIVADA	PAÍS		
Escuela APS	☒	☐	Colombia		
DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	CORRESPONDENCIA (CIudad y DISTRITO)			
Cundinamarca	Gacheta	Calle 135 de 1994, 400 y 440 de 1995			
FECHAS	FECHA DE REGISTRO		FECHA DE RETIRO		
DIAS	MES	AÑO	DIAS	MES	AÑO
1	2	2002	1	12	2004
CARGO O CONTRATO	DEPENDENCIA		ESPECIALIDAD		
Odontólogo General	Odontología General		gacheta (Cundinamarca)		

Gilda Parra

Página 3 de 6