

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					Fecha de aprobación	2/15/2018			
					Código:	04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			María Angélica Gutiérrez Méndez						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1010245189	
CORREO ELECTRONICO:			magutierrezm1@gmail.com			CELULAR:		3 0 2 2 0 9 1 5 7 6	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 48 SAN PABLO			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO05E01	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24104076664				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		2985			VIGENCIA			2024	
NÚMERO DE CDP	1134	FECHA	2024-04-25 17:06:55.000		NÚMERO DE CRP		26410	FECHA	2024-04-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		ODONTOLOGO							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-04-01			2024-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,126,102					
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:						\$9,378,306			
VALOR EJECUTADO						\$9,378,306			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,126,102			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%			
El intervisor 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	
75722609	\$1,250,441	\$156,305		\$200,071		3	\$30,461	\$386,836	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2024. 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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Prestar la atención odontológica definida para el primer nivel de atención acorde con los servicios, planes de beneficios y proyectos o líneas de intervención del modelo de atención de salud	1. Atención a los usuarios en consultas de odontología definida para el primer nivel de atención acorde a los servicios planes y beneficios	Historias clínicas en DINÁMICA e historias clínicas en físico
2. Participar en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan para la institución, la localidad o en el área de influencia	2. Participar en el diseño, ejecución o evaluación de los proyectos integrales de salud, en el componente de salud oral, que se establezcan para la institución, la localidad o en el área de influencia	Participación en encuentros de aprendizaje continuo y proyectos en salud según la necesidad de la comunidad
3. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución	3. Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución	Participación en la actualización del diagnóstico en salud oral en la población realizando fichas de notificación
4. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud y realizar la supervisión de las actividades del equipo humano de odontología.	4. Participando en las actividades NUESTRA SUBRED SE CONECTA Y ENCUENTROS DE APRENDIZAJE	Planillas de asistencia y participación de "NUESTRA SUBRED SE CONECTA Y ENCUENTROS DE APRENDIZAJE" y actas de reuniones
5. Desarrollar o apoyar la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución	5. apoyo la realización de actividades de detección temprana, protección específica, y vigilancia en salud pública a nivel inter y extramural del POS, el PIC y otros programas o proyectos establecidos por la institución	Cuando se requiera según demanda inducida
6. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	6. Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.	6. Realizo las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada
7. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	7. Promuevo el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a mi responsabilidad
8. Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.	8. Desarrollo y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intra y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente	apoyo a campañas programadas soportadas en actas y listados
9. Elaborar las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, urgencias, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales.	9. Elaboro las historias clínicas completas (atención primera vez, plan de tratamiento, procedimientos, urgencias, detección temprana y protección específica) de acuerdo con la normatividad vigente, de acuerdo a lo establecido a nivel institucional dando cumplimiento a los tiempos de atención y programaciones asistenciales	Se evidencia el formato de historia clínica y DINAMICA y manual
10. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.	10. Realizo el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	contrato de 186 horas para el cumplimiento de metas establecidas
11. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	11. Apoyo el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud	apoyo a campañas programadas soportadas en actas y listados
12. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	12. Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	se realiza según se requiera
13. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad.	13. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad	Cuando se requiera registrado en actas
14. Realizar la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	14. Realizo la referencia y la contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	se evidencia e formato de historia clínica y DINAMICA y manual

15. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	15. Participo en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población	con los reportes según los casos presentados se registra en formato de reportes
16. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	16. Aplico lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio dando cumplimiento a los estándares institucionales.	según establecido institucionalmenmte registrados en formatos establecidos
17. Reportar oportunamente las anomalías que ser presenten durante la prestación del servicio.	17. Reporto oportunamente las anomalías que se presenten durante la prestación del servicio.	cuando se requiera registrado en formatos establecidos
18. Presentar informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución.	18. Presento informes periódicos y completos sobre el desarrollo de sus obligaciones contractuales, a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas y según lineamientos y programación establecidos por la institución.	según registro en formatos establecidossegún registro en formatos establecidos
19. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su perfil.	19. Participo en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a mi perfil.	cuando se requiera registrado en actas
20. Participar activamente en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación.	20. Participo activamente en las reuniones designadas por el supervisor, relacionadas con las actividades u obligaciones contractuales, según programación Participación del asegurate del mes " GUIA BUENA PRACTICA PREVENCIÓN Y REDUCCION EN LA FRECUENCIA DECAIDAS V7- GUIA BUENA PRACTICA ASEGURAR LA CORRECTA IDENTIFICACIÓNDE LOS PACIENTES V5"	participacion en NUESTRA SUBRED SE CONECTA Y ENCUENTROS DE APRENDIZAJE registro en actas y listados de asistencias
21. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	21. Garantizo la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante la ejecución de sus actividades.	Custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante mi atencion según lo establecido institucionalmente
22. Revisión de agendas de citas de su programación con el fin de informar al supervisor cualquier novedad que afecte la producción	22. Reviso y notifico al líder el estado de las agendas de los servicios programados.	verifico a diario mi agenda programada
23. Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	23. Cumpló con el estandar de rendimiento del servicio	Reemplazo inasistencias

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

Perfil de usuario



María Angélica Gutiérrez Méndez

ODONTOLOGO

 Contrato Actual: 2985-2024

 3 0 2 2 0 9 1 5 7 6  magutierrezm1@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

No. de documento

1010245189

Sede

SUBRED

Banco

BANCO CAJA SOCIAL S.A.

Tipo de cuenta

AHORRO

No. de cuenta

24104076664

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 17/05/2024.

RELACION DE CUENTAS 174150								 <input type="text" value="Buscar"/>		CREAR CUENTA +
ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES		
174150	2985	2024-04-01 / 2024-04-30	\$9,378,306	\$3,126,102	100	\$0	<div><div></div> APROBADA</div>			

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	
CC	1010245189	MARIA ANGELICA GUTIERREZ MENDEZ		cra 12 #14-37 sur	00000000	
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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-03	2024-03	I	10/04/2024	75722609	TOTAL A PAGAR \$428.200

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010245189	MARIA ANGELICA GUTIERREZ MENDEZ		cra 12 #14-37 sur	00000000	magutierrezm1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-03	I	10/04/2024	75722609	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																																			
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres				Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	AVP	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010245189	GUTIERREZ MENDEZ MARIA ANGELICA				57	0		N																				25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA ANGÉLICA GUTIÉRREZ MÉNDEZ

C.C 1.010.245.189 DE BOGOTÁ

La suma de TRES MILLONES CIENTO VEINTISEIS MIL CIENTO DOS PESOS. (\$ 3'126.102) Por concepto de: prestación de servicios como odontóloga general en USS San Pablo, durante el periodo de 01 al 30 de ABRIL de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 2985-2024



MARÍA ANGÉLICA GUTIÉRREZ MÉNDEZ

C.C 1.010.245.189 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24104076664