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:	María Angélica Gutiérrez Méndez							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010245189		
CORREO ELECTRONICO:	magutierrezm1@gmail.com				CELULAR:	3022091576		
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	1579	FECHA	2024-06-27 15:54:51.000	NÚMERO DE CRP	37227	FECHA	2024-06-30 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ODONTOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-06-01		2024-06-30		
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:	$15,630,510
VALOR EJECUTADO	$15,630,510
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,126,102
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
77357403	$1,250,441	$156,305	$200,071	3	$30,461	$386,836

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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

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. 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	1. Atención a los usuarios en consultas de odontología definida para el primer nivel de atención acorde a los servicios planes y beneficios
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 diagnostico 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 clinica 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 segun 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 clinica y DINAMICA y manual

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

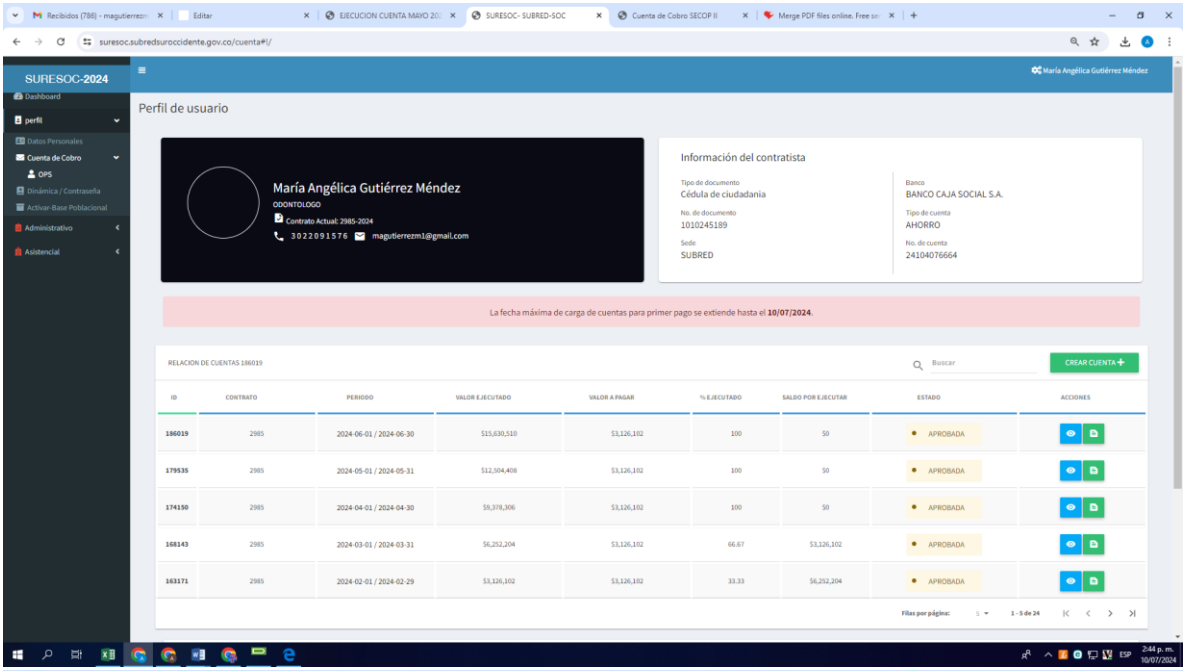
15. Participar en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población.	15. Participo en las acciones en vigilancia epidemiológica para situaciones que sean factor de riesgo para la población	con los reportes según los casos presentados se registra en 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 " SOCIALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA LA HORA DE LA HUMANIZACIÓN"	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. Cumplo con el estandar de rendimiento del servicio	Reemplazo inasistencias

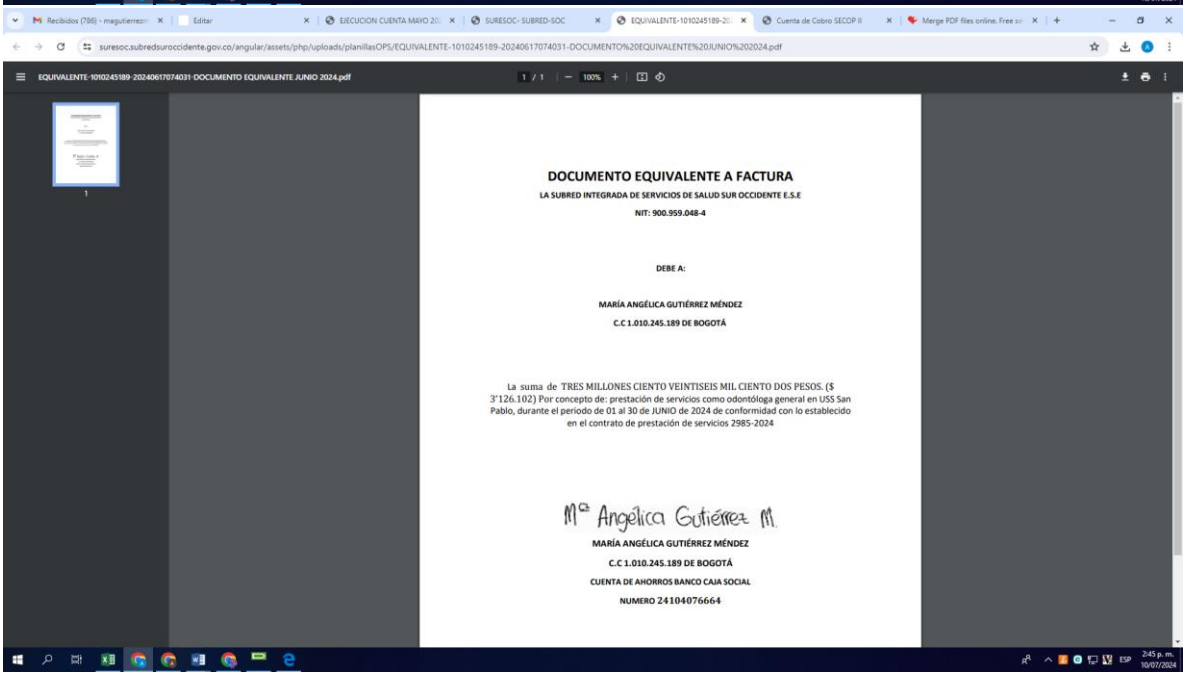
LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
Supervisor

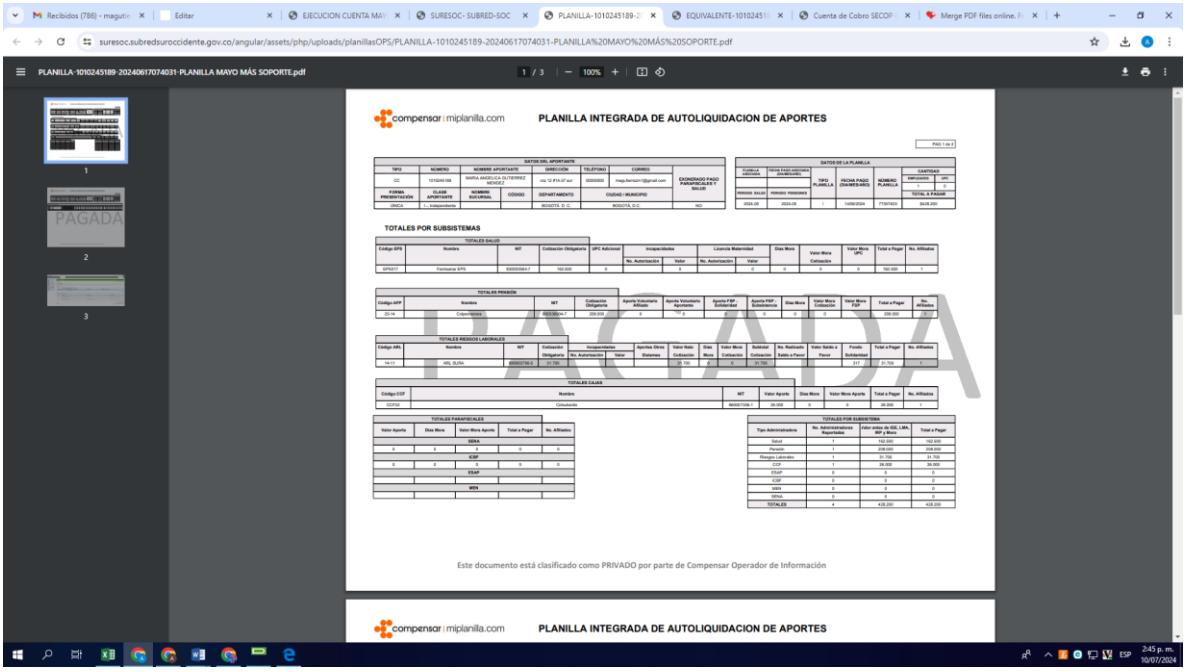
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Suroccidente


SURESOC-2024
Perfil de usuario
María Angélica Gutiérrez Méndez
ODONTOLOGO
Contrato Actual: 2985-2024
3022091576
magutierrezm1@gmail.com
Información del contratista
Tipo de documento
Cédula de ciudadania
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 10/07/2024.
RELACION DE CUENTAS 186019
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
186019 2985 2024-06-01 / 2024-06-30 $15,630,510 $3,126,102 100 $0 APROBADA
179535 2985 2024-05-01 / 2024-05-31 $12,504,408 $3,126,102 100 $0 APROBADA
174150 2985 2024-04-01 / 2024-04-30 $9,378,306 $3,126,102 100 $0 APROBADA
168143 2985 2024-03-01 / 2024-03-31 $6,252,204 $3,126,102 66.67 $3,126,102 APROBADA
163171 2985 2024-02-01 / 2024-02-29 $3,126,102 $3,126,102 33.33 $6,252,204 APROBADA


EQUIVALENTE-1010245189-20240617074031-DOCUMENTO EQUIVALENTE JUNIO 2024.pdf
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 US5 San Pablo, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 2985-2024
Mª Angelica Gutiérrez M.
MARÍA ANGÉLICA GUTIÉRREZ MÉNDEZ
C.C 1.010.245.189 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24104076664



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010245189	MARIA ANGELICA GUTIERREZ MENDEZ	cra 12 #14-37 sur	6000000	magutierrezm1@gmail.com	NO
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA							
PLANILLA ASISTIDA	FECHA PAGO ANTERIOR (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD APO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	I	14/08/2024	77387403	$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					
EPS037	Famisanar EPS	830003564-7	162.920	0		0		0	0	0	0	162.920	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
23-14	Colpensiones	900336004-7	259.930	0	0	0	0	0	0	0	259.930	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Multicuo Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-17	ARL SURA	800256706-5	31.750				31.750	4	0	31.750			317	31.750	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF02	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, ANP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.920	162.920
Pensión	1	259.930	259.930
Riesgos Laborales	1	31.750	31.750
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
MINA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES