MARIA INES MANRIQUE AREVALO

AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL

Contrato Actual: 2636-2024

3172910158 MANRIQUE.3012@HOTMAIL.COM

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadania

No. de documento
51919325

Sede
SUBRED

Banco
BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
570008090580542

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **22/11/2024**.

RELACION DE CUENTAS 205876

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
205876	2636	2024-10-01 / 2024-10-31	$16,626,520	$1,851,816	99.76	$39,824	APROBADA	
201104	2636	2024-09-01 / 2024-09-30	$14,774,704	$1,851,816	88.65	$1,891,640	APROBADA	
196036	2636	2024-08-01 / 2024-08-31	$12,922,888	$1,851,816	100	$0	APROBADA	
192245	2636	2024-07-01 / 2024-07-31	$11,071,072	$1,851,816	100	$0	APROBADA	
185659	2636	2024-06-01 / 2024-06-30	$9,219,256	$1,851,816	100	$0	APROBADA	

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:	MARIA INES MANRIQUE AREVALO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	51919325	
CORREO ELECTRONICO:	MANRIQUE.3012@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3172910158	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 63 ALQUERÍA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU52E01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570008090580542				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2636			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2242	FECHA	2024-10-31 16:34:27.000	NÚMERO DE CRP	65667	FECHA	2024-10-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,851,816				
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:	$16,666,344
VALOR EJECUTADO	$16,626,520
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,851,816
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$39,824
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
1066658652	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

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

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. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	1. Alimento permanentemente los sistemas de información que están a mi cargo y los mantengo al día.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Atender la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista	"2. Atiendo la consulta programada con rendimiento de tres consultas por hora (Higienista) "	INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL.
3. Presentar las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	3. Presento las evaluaciones programadas por el Hospital para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	CALIFICACIONES AULA VIRTUAL.
4. Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	4. Diligencio de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA.
5. Remitir a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	5. Remito a los pacientes a odontología general para continuar tratamiento cuando sea necesario (higienista).	ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA.
6. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	6. Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA, FORMATOS Y ACTAS ARCHIVO USS ALQUERIA
7. Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	7. Contribuyo en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral.	FORMATOS USS ALQUERIA ODONTOLOGIA
8. Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega el último día del mes luego de realizarlo (higienista).	8. Realizo el informe de gestión mensual y hago entrega el último día del mes luego de realizarlo (higienista).	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL.
9. Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste	9. Apoyo los procesos de facturación de los servicios que presto.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL.
10, Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación	10, Recepciono al paciente que va a ser atendido y verifico que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación.	ORDENES DE SERVICIO, FORMATOS USS ALQUERIA.
11. Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias	11. Colaboro y asisto adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias.	FORMATOS USS ALQUERIA ODONTOLOGIA.
12. Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medi-camentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	12. Esterilizo y desinfecto el instrumental y equipo, preparo los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	FORMATOS USS ALQUERIA ODONTOLOGIA.
13. Preparar el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad in-tegral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontólogo e higienista.	13. Preparo el ambiente del consultorio odontológico para la atención con calidad integral al paciente y facilito la actividad profesional del odontólogo e higienista.	FORMATOS USS ALQUERIA ODONTOLOGIA
14. Revisar y tramitar facturas de tratamientos terminados.	14. Reviso y tramito facturas de tratamientos terminados.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL.
15. Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	15. Elaboro y controlo adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo.	DINAMICA Y FORMATOS USS ALQUERIA ODONTOLOGIA.
16. Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	16. Cumplo con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	ACTAS USS ALQUERIA.
17. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	17. Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER.
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	18. Realizo las demás actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO.

Copia Certificada 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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-10-11, 10:04:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1066658652

Periodo Cotización: septiembre de 2024 **Periodo Servicio:** septiembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8843615820

PAGADO 11/10/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MARIA INES MANRIQUE AREVALO		
Documento	CC51919325	**Dirección**	TV 70A #71 SUR - 35
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3172910158
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 51919325	MARIA INES MANRIQUE AREVALO	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.300.000	$ 208.000	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.300.000	$ 162.500	2,436	$ 1.300.000	$ 31.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 1.300.000	$ 0	$ 208.000	$ 162.500	$ 31.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 402.200	$ 1.200	$ 403.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	51919325
NOMBRES	MARIA INES
APELLIDOS	MANRIQUE AREVALO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/11/2016	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/14/2024 16:34:32	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	51919325	MANRIQUE	AREVALO	MARIA	INES	2015-11	SALUDCOOP E.P.S	COTIZANTE
CC	51919325	MANRIQUE	AREVALO	MARIA	INES	2016-06	CAFESALUD E.P.S S.A.	COTIZANTE
CC	51919325	MANRIQUE	AREVALO	MARIA	INES	2019-12	EPS COMPENSAR	BENEFICIARIO
CC	51919325	MANRIQUE	AREVALO	MARIA	INES	2024-08	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2022	30	COTIZANTE	Pago con cotización

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA INES MANRIQUE AREVALO

C.C 51919325 DE BOGOTA

La suma de $ 1,851,816, por concepto de honorarios durante el periodo de 1 al 31 de OCTUBRE 2024 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2636_2024



Nombre de contratista

MARIA INES MANRIQUE AREVALO

C.C. 51919325

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570008090580542