

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Maria Cristina Ordoñez Medina					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		52657042
CORREO ELECTRONICO:			ma_cristordomedina@hotmail.com			CELULAR:		3144819950
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU46K33-5	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488436402306				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		9739			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1608	FECHA	2025-08-11 09:13:36.000		NÚMERO DE CRP	33191	FECHA	2025-08-14 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-07-01			2025-07-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,127,093			
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:						\$31,782,862		
VALOR EJECUTADO						\$31,183,795		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,127,093		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$599,067		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						98%		
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		
9488684153	\$1,650,837	\$206,355	\$264,134	3	\$40,214	\$510,703		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ 52744682 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil gestor étnico, bachiller, técnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.	Realizar actividades correspondientes a mi perfil como profesional en psicología con criterios de calidad, oportunidad y pertinencia. Sustentado con lineamientos correspondientes a evento priorizado.	Observaciones, planillas, aplicativo y actas.
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado.	Asistir a actividades programadas según jornadas que se estén abordando, velando por el cumplimiento del objetivo que este planteado para la actividad.	Actas
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Dar cumplimiento a las notificaciones, canalizaciones, según eventos de interés en salud pública salud mental en los tiempos requeridos, sin generar demoras en el proceso.	Fichas de notificación, aplicativo
Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente, de acuerdo a las guías y protocolos institucionales vigentes.	Brindar una atención teniendo en cuenta ejes de humanización y seguridad del paciente basada en instrumentos guías y protocolos institucionales según vigencia.	Observaciones aplicativo
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Asistir a fortalecimientos, asistencias técnicas y demás actividades encaminadas al fortalecimiento del conocimiento.	Actas
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Realizar información educación y comunicación, según derechos y deberes de usuario y población abordada teniendo en cuenta la necesidad encontrara desde el perfil.	Fichas, base, aplicativo
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Cumplir con la realización de informes de los usuarios abordados durante las visitas, en los tiempos establecidos. La cuales deben contar con la calidad requerida así mismo realizar ajuste que sean solicitados, por el profesional de apoyo.	Observación y fichas
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control.	Organizar fichas correspondientes para auditoria y entregar en buen estado, manteniendo su seguridad.	Fichas, base, aplicativo.
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos	Realizar de manera mensual el cronograma de actividades e informes que sean solicitados en la ejecución del contrato.	Drives, observaciones, aplicativo.
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas asignadas.	En caso de que se presente una queja y sea asignada dar respuesta en tiempos establecidos.	Actas
Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, según programación y necesidad del servicio.	Mantener una comunicación frecuente, informando eventos que puedan colocar barreras en la realización de actividades programadas.	Correo electrónico, llamadas.
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	Promover que las actuaciones individuales brinden una imagen adecuada de la institución.	Observaciones, presentación
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	Utilizar, Canet chaqueta que distinguen el profesional como contratista de la subred sur occidente.	Uso de prendas institucionales.
Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	Velar por el cuidado de los equipos, dando el uso requerido para las actividades de la institución.	Celular papelería
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Tener en cuenta normativa de gestión documental al momento de realizar entrega de informes y soportes de la vigencia en curso.	Observaciones, panillas de firmas.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52657042		ORDÓÑEZ MEDINA MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 B # 56 A 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144819950	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1614139031	9488684153	I	2025/07/09	2025/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$544,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,650,900	\$264,200			\$1,650,900	\$206,400			\$1,650,900	\$33,100			\$1,650,900	\$40,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,650,900	\$264,200			\$1,650,900	\$206,400			\$1,650,900	\$33,100			\$1,650,900	\$40,300		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,650,900	\$264,200			\$1,650,900	\$206,400			\$1,650,900	\$33,100			\$1,650,900	\$40,300		\$0	\$0	
1	CC	52657042	ORDÓÑEZ MARIA	230301	30	\$1,650,900	\$264,200	EPS017	30	\$1,650,900	\$206,400	CCF24	30	\$1,650,900	\$33,100	14-11	30	\$1,650,900	\$40,300	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,650,900	\$264,200			\$1,650,900	\$206,400			\$1,650,900	\$33,100			\$1,650,900	\$40,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52657042		ORDÓÑEZ MEDINA MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 78 B # 56 A 46 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3144819950	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-06	2025-06	1614139031	9488684153	I	2025/07/09	2025/07/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$544,000

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$264,200	\$0	\$0	\$264,200	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$40,300	\$0	\$0	\$40,300	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$33,100	\$0	\$0	\$33,100	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$33,100	\$0	\$0	\$33,100	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$206,400	\$0	\$0	\$206,400	
TOTAL				1	\$544,000	\$0	\$0	\$544,000	

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

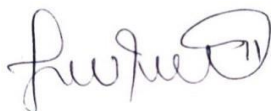
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

María Cristina Ordoñez Medina

C.C 52657042 de Villeta

La suma de cuatro millones ciento veintisiete mil, cero noventa y tres pesos Mcte) (\$4.127.093), por concepto de servicios como Psicóloga, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 31 de julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9739-2024

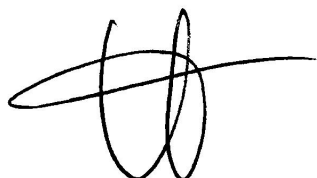


C.C. 52657042 de Villeta

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488436402306

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 31 de julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA

Apoyo a la supervisión

Equipos Básicos extramurales

María Cristina Ordoñez Medina CC 5265702

SECOP II

9

Modificaciones del Contrato

10

Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐ Diciembre 13-31 2024.pdf	Diciembre 13-31 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Diciembre 2024.pdf	Diciembre 2024.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Enero 2025.pdf	Enero 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Febrero 2025.pdf	Febrero 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
IAS.pdf (Archivado)	IAS.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Maria Cristina Ordoñez 52657042.pdf	Maria Cristina Ordoñez 52657042.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Marzo 2025.pdf	Marzo 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Abril 2025.pdf	Abril 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
Certificados mayo 2025.pdf (Archivado)	Certificados mayo 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Mayo 2025.pdf	Mayo 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐ Junio 2025.pdf	Junio 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Cancelar

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

Analítica de datos

Centro de documentación

Manual de usuario Bienes y Rentas

Formulario de soporte

MARIA ORDOÑ

Contratos Vigentes

Dir

2.pdf 1 / 2 100%

El futuro es de todos

Gobierno de Colombia

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, MARIA CRISTINA ORDOÑEZ MEDINA

IDENTIFICADO CON C.C. ☒ C.E. ☐ T.I. ☐ No. 52657042

CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:

País Colombia

Departamento Bogotá D.C.

Dirección Cra78b N 56a-46 sur

Municipio Bogotá D.C.

Teléfonos 3144819950 3144819950

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Otilia Medina Ruiz	20767485	Madre
Jaime Elias Ordoñez Medina	357694	Padre



FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	MARIA CRISTINA ORDOÑEZ MEDINA
Identificación:	52657042
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	ma_cristordomedina@hotmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	27/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Medellín, 30 de julio de 2025

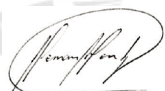
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ORDOÑEZ MEDINA MARIA CRISTINA identificado(a) con C52657042 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C526570422521137389

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos