| 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 SALUD ORAL - P y D USS 63 ALQUERÍA | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | SU52E06 | 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 | 648 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2156 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 47534 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,925,844 | | | | |
| 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: | $17,332,596 |
| VALOR EJECUTADO | $17,332,596 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,925,844 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1075506096 | $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 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
49742857
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.Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas. | 1.Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas. | ORDENES DE SERVICIO Y DEMANDA INDUCIDA |
| "2. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. " | "2. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. " | FORMATOS CENTRO DE SALUD ALQUERIA ODONTOLOGIA |
| 3. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | 3. Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia. | REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA |
| "4. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. " | "4. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. " | HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL |
| "5. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. " | "5. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de las actividades y entrego al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. " | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO |
| "6. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. " | "6. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminación del contrato. " | ACTAS CENTRO DE SALUD ALQUERIA |
| "7. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. " | "7. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. " | ACTAS CENTRO DE SALUD ALQUERIA |
| "8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. " | "8. Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio. " | FORMATOS CENTRO DE SALUD ALQUERIA ODONTOLOGIA |
| 9. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | 9. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales. | HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL |
| 10. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 10. 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 |
| 11. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución: | 11. Participo en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud oral de la población del área de influencia de la institución: | FORMATOS CENTRO DE SALUD ALQUERIA ODONTOLOGIA |
| 12. 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. | 12. Desarrollo o 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. | HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL |
| 13. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 13. Realizo las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | ACTAS CENTRO DE SALUD ALQUERIA |

MARIA DEL PILAR CUELLO HERRERA
49742857
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 Sur Occidente

**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 $1.925.844, por concepto de honorarios durante el periodo de 1 al 31 de octubre de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 648 DE 2025



**Nombre de contratista**

**MARIA INES MANRIQUE AREVALO**

**C.C. 51919325**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570008090580542**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2025-10-09, 01:38:57 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1075506096

**Periodo Cotización:** septiembre de 2025 **Periodo Servicio:** septiembre de 2025 **Referencia pago (PIN):** 8822888196

**PAGADO 09/10/2025**

## 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 | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 700 | $ 441.200 |



**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.**

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARY FEBRERO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MARY FEBRERO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SECOP MARY MARZO.pdf | SECOP MARY MARZO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARY MARZO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MARY MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARY ABRIL 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MARY ABRIL 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MAYO MARY 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MAYO MARY 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARY JUNIO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MARY JUNIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SECOP JULIO.pdf | SECOP JULIO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARY JULIO 2025.pdf | CUENTA DE COBRO MARY JULIO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | SECOP AGOSTO.pdf | SECOP AGOSTO.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO MARY AGOSTO 2025..pdf | CUENTA DE COBRO MARY AGOSTO 2025..pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CERTIFICACION MARY SEPTIEMBRE 2025.pdf | CERTIFICACION MARY SEPTIEMBRE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |