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	1212			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	11819	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-02-01		2026-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,311,050				
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:	$9,244,200
VALOR EJECUTADO	$2,311,050
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,311,050
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$6,933,150
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
1078837298	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CINDY MALLERLY VARGAS PINILLA
1022336009
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 al profesional del servicio de Odontologia en las actividadees del area	1.Apoyo al profesional del servicio de Odontologia en las actividadees del area	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Apoyar a los pacientesen sus necesidades basicas "	"2. Apoyo a los pacientes en sus necesidades basicas "	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuarcon criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	3. Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
4. Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	4. Realizo a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia.	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantia de la Calidad segun requerimientos de la Subred.	5. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantia de la Calidad segun requerimientos de la Subred.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avence de sus actividades y entregarlas al supervisor del contratopara la certificacion de cumplimiento.	6. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avence de mis actividades y entrego al supervisor del contratopara la certificacion de cumplimiento.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	7. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminacion del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA
8. Participar en las jornadas de capacitacion , induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	8. Participo en las jornadas de capacitacion , induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicioe implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	9. Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implemento las acciones de mejora definidas para el servicio.	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
10. Conocer y dar cumplimiento a lsos procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyar la implementacion de los mismos .	10. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, ademas de apoyo la implementacion de los mismos .	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	11. Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos institucionales.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA
12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuersocon el sistema de informacion de la Subred.	12. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuersocon el sistema de informacion de la Subred.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA
13. Entregar a constancia de afiiacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mansualmente.	13. Entrego constancia de afiiacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mansualmente.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
14. Relizar las demaas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	14. Relizo las demas actividades que me sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA
15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta , informar al supervisor del contrato.	15. En caso de presentarse un caso fortuito o fuerza mayor que impida asistir a la consulta , informo al supervisor del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ESTACION ODONTOLOGIA
16. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	16. Participo activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	ACTAS CENTRO DE SALUD ESTACION

Copia Certificada Subred Suroccidente

CINDY MALLERLY VARGAS PINILLA
1022336009
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

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 $2.311.050, por concepto de honorarios durante el periodo de 1 al 28 de febrero de 2026 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1212 DE 2026



Nombre de contratista

MARIA INES MANRIQUE AREVALO

C.C. 51919325

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0570008090580542

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-02-11, 04:39:08 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1078837298

Periodo Cotización: enero de 2026 **Periodo Servicio:** enero de 2026 **Referencia pago (PIN):** 8822888196

PAGADO 11/02/2026

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	$ 1.750.905	$ 280.200	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 1.750.905	$ 218.900	2,436	$ 1.750.905	$ 42.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

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
$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 1.750.905	$ 0	$ 280.200	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800	$ 1.800	$ 543.600

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
☐	SECOP MARY OCTUBRE 2025.pdf	SECOP MARY OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARY OCTUBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARY OCTUBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARY NOVIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARY NOVIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Designación Supervisor Cindy Mallerly Vargas Pinilla.pdf	Designación Supervisor Cindy Mallerly Vargas Pinilla.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARY DICIEMBRE 2025.pdf	CUENTA DE COBRO MARY DICIEMBRE 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MARY ENERO 2026.pdf	CUENTA DE COBRO MARY ENERO 2026.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo