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	147	FECHA	2025-01-20 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	15596	FECHA	2025-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ODONTOLOGIA Y/O HIGIENE ORAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-01		2025-04-30		
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:	$7,703,376
VALOR EJECUTADO	$5,777,532
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,925,844
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,925,844
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
1071150244	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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.	13. Realizo las demás actividades que sean asignadas acordes con el objeto del contrato.

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 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 30 de abril 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: 2025-04-09, 04:52:08 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071150244

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

PAGADO 09/04/2025

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 AFP	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.