

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
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	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17736	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES:

TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	\$2,311,050	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:	\$13,866,300
VALOR EJECUTADO	\$9,244,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2,311,050
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4,622,100
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
1081229085	\$924,420	\$115,553	\$147,907	3	\$22,519	\$285,979

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Apoyar al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área	1. Apoyo al profesional del servicio de Odontología en las actividades del área	REGISTRO HISTORIA CLINICA DINAMICA
"2. Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas "	"2. Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas "	HISTORIA CLINICA DINAMICA, REGISTRO DIARIO ACTIVIDADES REFERENCIA SALUD ORAL
3. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	3. Diligencia 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.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
5. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	5. Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIO
6. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	6. Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entrego al supervisor del contrato para la certificación 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 terminación del contrato.	7. Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrego a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	8. Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	ACTAS CENTRO DE SALUD
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e 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 los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	10. Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación 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 ODONTOLOGIA
12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	12. Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	FORMATOS CENTRO DE SALUD ODONTOLOGIA
13. Entregar a constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales manualmente.	13. Entrego constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales manualmente.	CUENTA DE COBRO VERIFICADA POR EL LIDER
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	14. Realizo las demás actividades que me sean asignadas de acuerdo con el objeto del contrato.	FORMATOS CENTRO DE SALUD 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 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

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