

					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:			María Angélica Gutiérrez Méndez					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1010245189
CORREO ELECTRONICO:			angelicagutierrezodontologa@gmail.com			CELULAR:		3 0 2 2 0 9 1 5 7 6
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			S ORAL ODONTOLOGÍA GENERAL USS 48 SAN PABLO			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO05E01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24104076664				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1299			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	17714	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3,741,576				
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:						\$22,449,456		
VALOR EJECUTADO						\$18,707,880		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,741,576		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$3,741,576		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						83%		
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		
85273070	\$1,496,630	\$187,079	\$239,461	3	\$36,458	\$462,998		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
Liliana Castiblanco Mosos 52619353 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. Atender la consulta programada de odontología general y las urgencias odontológicas, con calidad y oportunidad	Atención de consulta programada y urgencias odontológicas con calidad y oportunidad.	Consultas y urgencias atendidas y registradas en historia clínica y RIPS
2. Realizar las actividades, valoraciones, exámenes, procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de su servicio, de acuerdo con el plan integral de atención correspondiente	Realización de valoraciones, exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos de odontología	Procedimientos ejecutados conforme al plan de tratamiento establecido
3. Registrar de manera completa, legible, oportuna y veraz en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión, dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente	Registro completo, legible y oportuno en historia clínica del diagnóstico, plan de tratamiento y evolución, conforme a la normatividad vigente	Historias clínicas diligenciadas correctamente y ajustadas a la normatividad vigente en dinámica
4. Diligenciar el consentimiento informado conforme al procedimiento realizado y garantizar su adecuado archivo	Diligenciamiento y gestión del consentimiento informado según procedimiento realizado	Consentimientos informados firmados y diligenciados adecuadamente
5. Solicitar exámenes paraclínicos cuando sea necesario, cumpliendo los protocolos, normas, manuales y procedimientos establecidos	Solicitud de radiografías conforme a protocolos institucionales	Órdenes de exámenes emitidas y registradas según pertinencia clínica.
6. Realizar el seguimiento, control, referencia y contrarreferencia de los pacientes cuando se requiera, de acuerdo con la red de servicios de salud	Seguimiento, control, referencia y contrarreferencia de pacientes según necesidad.	Remisiones y contrarreferencias registradas y gestionadas en la red de servicios.
7. Informar al paciente y a su familia sobre su condición de salud, plan de manejo y atención	Información y orientación al paciente y su familia sobre condición de salud y plan de manejo	Registro de educación e información brindada al paciente y familiar en historia clínica
8. Llevar el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones realizadas, incluyendo la atención de pacientes con factura, y mantener actualizados los informes estadísticos y sistemas de información a su cargo	Registro de procedimientos realizados y actualización de informes y sistemas de información	Reportes estadísticos y registros institucionales actualizados
9. Apoyar los procesos de costos y facturación de los servicios prestados, responder por las glosas generadas por errores atribuibles a su gestión y asumir el cien por ciento (100 %) de aquellas que le sean imputables	Apoyo a procesos de costos, facturación y respuesta a glosas atribuibles a su gestión	Estar pendiente para evitar glosas
10. Revisar la agenda de citas el día anterior e informar oportunamente al supervisor cualquier situación que afecte la producción	Revisión anticipada de agenda e información oportuna al supervisor sobre novedades.	Reporte de novedades de agenda y acciones preventivas implementadas.
11. Adherirse a la Política y al Manual de Seguridad del Paciente, promoviendo la cultura de seguridad del paciente y reportando oportunamente, a través de la intranet, los sucesos de seguridad, eventos adversos o posibles eventos adversos	Cumplimiento de la Política y Manual de Seguridad del Paciente y reporte de eventos adversos.	Reportes de eventos de seguridad diligenciados
12. Notificar las fallas de calidad del servicio mediante los aplicativos institucionales, participar en los análisis y ejecutar las acciones de mejora definidas	Notificación de fallas de calidad y participación en acciones de mejora	Reportes de calidad y participación en planes de mejoramiento.
13. Elaborar e implementar planes de mejora individual derivados de auditorías de historia clínica, adherencia a guías y demás procesos evaluados	Elaboración e implementación de planes de mejora derivados de auditorías	Planes de mejoramiento individual ejecutados y evidenciados
14. Apoyar el cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y adherirse a los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	Apoyo al cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad y procesos de habilitación/acreditación en la Subred	Participación documentada en procesos de calidad, habilitación o acreditación
15. Cumplir con el indicador de rendimiento y de producción de horas pagadas, implementando estrategias como la reposición de inasistencias para garantizar el cumplimiento de metas	Cumplimiento del indicador de rendimiento y producción mediante estrategias de reposición de inasistencias	Cumplimiento de metas de producción de 186 horas pagadas, rendimiento enero Rendimiento Mayo 2.8
16. Participar en jornadas de inducción, capacitación, reuniones y actividades a las que sea convocado	Participación en jornadas de inducción, capacitación y reuniones convocadas	Asistencia registrada en actividades institucionales. Asegúrate de MAYO "LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN"
17. Conocer, cumplir y apoyar la implementación de los procedimientos, protocolos y lineamientos establecidos por la Subred	Cumplimiento y apoyo en la implementación de protocolos y lineamientos institucionales.	Evidencia de adherencia a procedimientos establecidos
18. Usar de manera adecuada el uniforme y el carné de identificación	Uso adecuado del uniforme(no hay) y carné institucional.	Presentación institucional conforme a lineamientos establecidos.
19. Responder por los elementos entregados para el desarrollo de sus actividades y devolverlos al finalizar el contrato	Custodia y devolución de los elementos asignados para el desarrollo de actividades.	Inventario de elementos entregados y acta de devolución firmada.
20. Entregar mensualmente la constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social integral junto con la cuenta de cobro	Entrega mensual de constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social junto con la cuenta de cobro.	Soportes de pago a seguridad social radicados mensualmente
21. Informar oportunamente al supervisor del contrato cuando se presente caso fortuito o de fuerza mayor que impida la asistencia a la consulta	Notificación oportuna al supervisor en caso fortuito o fuerza mayor que impida la asistencia.	Comunicación formal de la novedad presentada.
22. Realizar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato y acordes con el objeto contractual	Ejecución de actividades adicionales asignadas por el supervisor acordes al objeto contractual.	Actividades complementarias desarrolladas y reportadas

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
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

I
C

T
d
C
C

N
d
1

S
S

María Angélica Gutiérrez Méndez

ODONTÓLOGO

 Contrato Actual: 1299-2026

 3 0 2 2 0 9 1 5 7 6  angelicagutierrezodontologa@gmail.com

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **30/07/2026.**

RELACION DE CUENTAS 311957  **Buscar** CREAR CUENTA 

CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SOLDO POR PAGAR	ESTADO	ACCIONES
311957	1299	2026-06-01 / 2026-06-30	\$18,707,880	\$3,741,576	83.33	\$3,741,576	APROBADA  
306638	1299	2026-05-01 / 2026-05-31	\$14,966,304	\$3,741,576	100	\$0	APROBADA  

CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SOLDO POR PAGAR	ESTADO	ACCIONES
301092	1299	2026-04-01 / 2026-04-30	\$11,224,728	\$3,741,576	75	\$3,741,576	APROBADA
295943	1299	2026-03-01 / 2026-03-31	\$7,483,152	\$3,741,576	50	\$7,483,152	APROBADA
290943	1299	2026-02-01 / 2026-02-28	\$3,741,576	\$3,741,576	25	\$11,224,728	APROBADA

Filas por página:

5 ▼

1 - 5 de 48

◀ ◂ ▸ ▸

CREAR OBLIGACIONES +

RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES

COPIAR OBLIGACIONES 📋

NO	CONTRATO	NO. DE OBLIGACIONES	ACCIONES
1	775	27	CONSULTAR / EDITAR
2	1299	22	CONSULTAR / EDITAR



DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA ANGÉLICA GUTIÉRREZ MÉNDEZ

C.C 1.010.245.189 DE BOGOTÁ

La suma de TRES MILLONES SETESIENTOS CUARENTA Y UN MIL QUINIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS (\$3'741.576) Por objeto de: prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de salud oral dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1299-2026



MARÍA ANGÉLICA GUTIÉRREZ MÉNDEZ

C.C 1.010.245.189 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24104076664

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010245189	MARIA ANGELICA GUTIERREZ MENDEZ	cra 12 #14-37 sur	00000000	magutierrezm1@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85273070	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$576.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS										
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio				860007336-1	35.100	0	0	35.100	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1010245189	MARIA ANGELICA GUTIERREZ MENDEZ		cra 12 #14-37 sur	00000000	magutierrezm1@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		85273070	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$1,750,905	\$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE			INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud po	Extranjero	Colom. exterior	Exonente	INS	RET	TDE	TAF	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	TAP	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1010245189	GUTIERREZ MENDEZ MARIA ANGELICA	57	0		N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS017	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF22	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0