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:	María Angélica Gutiérrez Méndez							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010245189		
CORREO ELECTRONICO:	angelicagutierrezodontologa@gmail.com				CELULAR:	3022091576		
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	1713	FECHA	2026-08-13 15:53:21.000	NÚMERO DE CRP	29477	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-03-01		2026-03-31			
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:	$14,966,304
VALOR EJECUTADO	$7,483,152
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,741,576
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$7,483,152
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
55622347	$1,496,630	$187,079	$239,461	3	$36,458	$462,998

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

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.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 odontologia	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 radiografias 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 Febrero 3.0
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 febrero "Guia abordaje primera, segunda y tercera victima ante la ocurrencia de un potencial evento adverso"
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

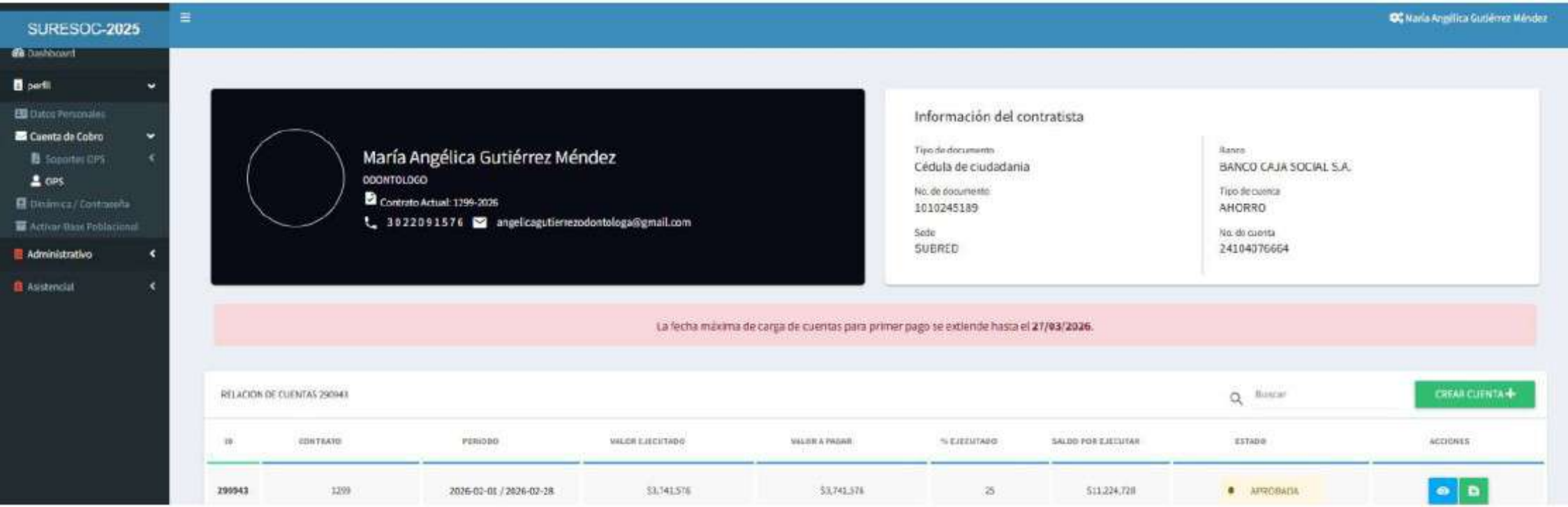
Copia Certificada
Subred Suroccidente

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


SURESOC-2025
Dashboard
perfil
Datos Personales
Cuenta de Cobro
Soportes CPS
CPS
Dinámica / Contraseña
Activar Base Poblacional
Administrativo
Asistencial
María Angélica Gutiérrez Méndez
Información del contratista
ODONTOLOGO
Contrato Actual: 1299-2026
3022091576
angelicagutierrezodontologa@gmail.com
Tipo de documento
Cédula de ciudadanía
No. de documento
1010245189
Sede
SUBRED
Banco
BANCO CAJA SOCIAL S.A.
Tipo de cuenta
AHORRO
No. de cuenta
24104076664
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 27/03/2026.
RELACION DE CUENTAS 290943
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
290943
1299
2026-02-01 / 2026-02-28
$3,741,576
$3,741,576
25
$11,224,728
APROBADA

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 31 de MARZO 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55622347	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

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.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		55622347	10/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	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	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información