| Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | | | LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | | C.C | X | C.E | | NO. | 52833184 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | ximenali815@hotmail.com | | | | CELULAR: | 311 2659054 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | **USS CARVAJAL** | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | | CONSULTA EXTERNA | | | | SEDE: | SU57 | SUR | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | SU57 E01 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | | | 171129240 | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| **INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | | 41-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 12 de 12 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1723 | FECHA | 26/11/20 | | NÚMERO DE CRP | 51394 | FECHA | 30/11/2020 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMISNITRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE LAS SALUD ORAL,DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOSO Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1.558.122 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | | Valor Hora | $ 8377 | | | |

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: | $17.710.653 |
| VALOR EJECUTADO | $17.710.653 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1,558,122 |
| VALOR A LIBERAR | |
| SALDO POR EJECUTAR | |
| | 100% |

**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 $2,194,508 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1033661136 | $877.803,00 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

**Dado en Bogotá a los 31 dias del mes de DICIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.**
**Cordialmente,**

**LUZ DARY CAMPOS MORENO**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | ODONTOLOGIA-CONSULTA EXTERNA | | | | | Sede: USS CARVAJAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 41-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 12 | 2.020 | | 31 | 12 | 2.020 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ | | C. C. | 52.833.184 | | | DE | BOGOTÁ | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMISNITRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE LAS 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.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X__ NO ____ Servicios: SI __X_ NO _____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar consulta de Higiene Oral acorde a la normatividad vigente. | SI | Se realiza educacion en salud oral, detartraje de cuadrantes I-II-III-IV, sellantes, aplicación fluor en barniz | Se realizan las actividades y diario se registra en el informe de gestion dando cumplimiento en la atención a los pacientes programados por hora. |
| Presentar apoyo al Odontologo en la atencion de pacientes, alistar el consultorio, materiales e instrumeltal. | SI | Preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesaria para el desarrollo de las actividades en el consultorio odontológico | Apoyo al profesional en consulta odontologica. |
| Realizar educacion en salud oral con enfasis en promocion y prevencion, acorde con la norma tecnica de la resolucion 0412/2000. | SI | Se realiza eduacion en salud oral con enfasis en promocion y prevencion | Atencion al paciente |
| Realizar proceso de esterilizacion acorde a lo establecido en el hospital. | SI | Se realiza una adecuada esterilizacion y desinfección del instrumental con adherencia a los protocolos, se preparara los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente. | Al esterilizar se lleva registro en carpeta de esterilización. |
| Diligenciar informes de esterilizacion y seguimiento de control a insumos. | SI | Se diligencia carpeta respectiva de esterilizacion y seguimiento de control a insumos. | Se lleva de manera oportuna y clara el informe de esterilizacion e insumos |
| Cumplir con el manual de procesos y procedimientos, los protocolos, normas tecnicas, guias de manejo, propias del area inplemantadas en la institucion. | SI | Cumplo con el manual de procesos y procedimientos, los protocolos, normas tecnicas, guias de manejo, propias del area de odontologia. | Cumplir con las normas dadas por la institucion |
| Participar en reuniones que la subgerencia de sevcios y/o el lider de sede le suministre para el desarrollo del objeto de la orden. | SI | Participacion activa en cada una de las actividades asignadas por mi supervisor | Actas de participacion |
| Cumplir con las acrividades programadas y/o agendadas por la institucion. | SI | Se participa a las ULG, ULC y demás reuniones convocadas por la institución | Evidencia en registro de actas de asistencia |
| Dar cumplimiento a la normatividad vigente, relacionada con diligenciamiento con historias clinicas, registro de rips, referencia y contrareferencia de pacientes, informes, solicitud de pedidos, autocontrol. | SI | Se cumple con el diligenciamiento correcto de formatos y evoluciones según procedimiento | Se entregan formatos rips diligenciados y evolucion correcta en historia clinica |
| Cumplir con los lineaminetos para la prevencion del riesgo biologico empleando de forma obligatoria los elementos de proteccion personal. | SI | Cumplo uso adecuado de la bata, tapabocas, guantes, careta y elementos de bioseguridad y cumplir protocolo de esterilización. | Cumplir correctamente con los elementos de bioseguridad de acuerdo con los protocolos establecidos se cumple con: tapabocas, guantes, bata desechable y gorro, careta y gafas de protección. |
| Presentar de acuerdo a los cortes definidos por la institucion informe mensual de gestion y aquellos solicitados por el supervsor del contrato. | SI | Presento reporte de actividades mensuales a mi supervisor de contrato | Se cumple con realiar las actividades asignadas de acuerdo con el contrato |
| Cumplir con el progrma de gestion ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias. | SI | Cumplir con el dilingenciamiento de carpetas | Se cumple con el diligenciamiento diario de carpetas |
| Realizar cuenta de cobro anexando mensualmente el aporte de salud, pension y arl de acuerdo con la ley. | SI | Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social | Registro en los formatos establecidos por la institución |
| Conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud. | SI | Conocimiento del cumplimieto de las normas del sistema del sistema obligatorio de garantia de calidad según requerimientos de la subred | Cumplir con las normas según requrimientos de la subred |
| Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion, normas, guias de atencion necesarias para el desempeño de su labor. | SI | Me mantengo actualizado asistiendo a las capacitaciones brindadas por la institucion | Participo en las capacitaciones necesarias para el desempeño de mi labor |
| Velar por el adecuado uso y custodia de los elementos y equipos suministrados por la insttucion para el desarrollo del objeto de la orden. | SI | Cuidar el inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente resgistrando en planilla de alistamiento de consultorio. | Entregar y recibir equipos diariamente resgistrando en planilla de alistamiento de consultorio. |
| Dar un uso racional a los insumos y equipos que la institucion le suministre para el desarrollo del objeto de la orden. | SI | Racionó insumos y equipos que la institucion le suministre para el desarrollo del objeto de la orden. | Registro en carpetas |
| Brindar trato humano, etico y calido con el cliente interno y externo de la institucion. | SI | Brindo trato humano, etico y calido con el cliente interno y externo de la institucion. | Presentación personal adecuada a lineamiento institucional y trato adecuado a los compañeros |
| Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato. | SI | RealiZar las actividades que sean asignadas de acuerdo con el contrato | Se cumple con realiar las actividades asignadas de acuerdo con el contrato |
| Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entrabamiento que pudieran entorpecer la gestion de hospital. | SI | Obró con etica, evitando entorpecer la gestion del hospital. | Cumplir con las normas según requrimiento |
| Presentar el area de finaciera cuentas por pagar y al supervisor del contrato copia del recibo de pago mensual que los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin. | SI | Presentó formatos de pago a la seguridad social y demas | Presento en los formatos establecidos por la institución |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.558.122 un millon quinientos cincuenta y ochomil ciento veintidos pesos Mcte**

XIMENA RICO M

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2020-12-04, 04:57:18 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033661136

**Periodo Cotización:** noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8820522610

## PAGADO 04/12/2020

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | LIZHET JIMENA RICO MARTINES | | |
| **Documento** | CC52833184 | **Dirección** | CL 2A #68 D - 49 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4461568 |
| **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 52833184 | LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 2,436 | $ 877.803 | $ 21.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 |

### 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 877.803 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 | $ 0 | $ 271.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

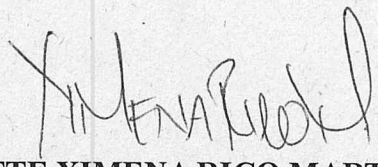
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ**
**C.C 52833184 DE BOGOTA**

La suma de $ 1.558.122, por concepto de: PAGO DE HONORARIOS durante el periodo de 01 DICIEMBRE DE 2020 al 31 DICIEMBRE DE 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 41-2020



**LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ**
**C.C. 52.833.184 DE BOGOTA**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA**
**NUMERO 171129240**