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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADIS LIZARAZO QUINTERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.815.631							
CORREO ELECTRONICO:	glizarazoq@subredsuroccidente.gov.c				CELULAR:	3003101351							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS 50- PUERTA DE TEJA												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (USS 50 - PUERTA DE TEJA F007				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO07E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007380603972								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2316-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12				
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	59582	FECHA	31-12-2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo como odontologo de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2.021		31	1	2.021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.143.102									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$25.717.224
VALOR EJECUTADO	$25.717.224
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.143.102
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	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 $2.194.507, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
5160288569	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GLADIS LIZARAZO QUINTERO
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS 50 PUERTA DE TEJA			Sede: FONTIBON						
2316-2020		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADIS LIZARAZO QUINTERO		C. C.	51.815.631			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como ODONTOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ____ Servicios: SI X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir con el 100% las actividades según el tiempo destinado para la atención de pacientes.	SI	Se realizaron actividades resolutivas y en P y D para dar cumplimiento a lo programado según las horas contratadas	Se cumplio con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion de pacientes
Obtener un Rendimiento de 3,0 x Hora en consulta	SI	Se realizaron reposiciones de inasistencias para dar cumplimiento a las metas del servicio	Se cumplio con el rendimiento por hora
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural	si	Asistí a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural : conversatorio 22 de enero	Se Asistio a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural: conversatorio 22 de enero
Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación	SI	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditación en salud del Hospital	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditación en salud del Hospital,
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos los Usuarios (Externos e Internos)	SI	Presté mis servicios con trato humanizado hacia todos nuestros Usuarios (Externos e Internos)	se dio un trato humanizado a los usuarios
Hacer uso de uniforme, bata y carné institucional.	SI	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné institucional.
Atender la consulta programada general y urgencias odontológicas.	SI	Atendí consulta odontológica programada y urgencias.	Atendi la consulta programada y de urgencias
Realizar la historia clínica, valoración y examen de odontología, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clínica institucional, sisveso.	SI	Realice historia clinica, valoracion, examen odontológico, registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clínica institucional; se realizaron las notificaciones a	Realice historia clinica, valoracion, examen odontológico, y registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clínica
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día	SI	Realice registro de las actividades desarrolladas en el formato de registro diario, insumo para la realización del informe de gestión mensual	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontología
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y RIPS	SI	Diligencié de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y RIPS	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx periapicales
Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario.	SI	Solicite examenes paraclínicos en los casos necesarios y remití pacientes a los especialistas.	solicité examenes para clinicos y realicé remision a especialista cuando fue necesario hacerlo
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	SI	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.
Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	SI	Realice la referencia y contrareferencia cuando fue necesario	se realizaron referencias y contrareferencias cuando fue necesario
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	SI	Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato.	se realizaron las actividades que me fueron asignadas por el supervisor de l contrato

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$2.143.102,00 Dos millones ciento cuarenta y tres mil ciento dos pesos m/cte

GLADIS LIZARAZO QUINTERO C.C. 51.815.631

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI | DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51815631
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			GLADIS LIZARAZO QUINTERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CR 68 F 64 F 21 BL 2 EN 4 AP 401	TELÉFONO:	2674420
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	0021 - 001
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:		5160288569	TIPO DE PLANILLA:		HNDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre AÑO	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2021/01/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0407367539

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR		PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 51815631	LIZARAZO QUINTERO GLADIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 877.803				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN / SALUD

Nº	PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS017-FAMISANAR	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800

ARP / PARAFISCALES

Nº	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	51815631	$ 21.400		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 271.700

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GLADIS LIZARAZO QUINTERO
C.C. 51.815.631 DE BOGOTA

La suma de $2.143.102 Dos millones ciento cuarenta y tres mil ciento dos pesos. Moneda corriente, por concepto de: prestación de servicios de salud como odontóloga en el área de consulta externa de la USS 50 con un total de 139 horas, a $ 15.418 hora, durante el periodo de 01 al 31 de enero de 2021 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2316-2020

Nombre del contratista
Gladis Lizarazo Quintero
C.C. 51.815.631 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO
NUMERO 007380603972
Banco Davivienda