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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADIS LIZARAZO QUINTERO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51.815.631						
CORREO ELECTRONICO:	lizarazoq@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, USS 49 - INTERNACIONAL F006)				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:	3162-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	5					
NÚMERO DE CDP	664	FECHA	21/05/2019	NÚMERO DE CRP	25870	FECHA	31/05/2019			
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	6	2019		30	6	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.064.567									
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:	$10.322.835
VALOR EJECUTADO	$10.322.835
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.064.567
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 minimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
5154632177	$828.116	$103.515	$132.499	3	$20.173	$256.186

Dado en Bogotá del mes de Junio del año Dos Mil Diecinueve (2019). 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

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Codigo	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	USS 50 PUERTA DE TEJA							Sedo: FONTIBON			
No. DE CONTRATO:	3162-2019	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año		
			1	6	2 019		30	6	2 019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADIS LIZARAZO QUINTERO		C. C.	51 815 831		DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinacion ni relacion laboral alguna, prestara 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	Asisti a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural , conversatorio 28 de Junio UAT 18 de Junio	Se asistio a las reuniones programadas Conversatorio 28 de Junio, UAT 18 de Junio
Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación	SI	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditacion en salud del Hospital,
Garantizar el Trato Humanizado hacia todos los Usuarios (Externos e Internos)	SI	Preste 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 carne segun lineamiento institucional	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carne institucional
Atender la consulta programada general y urgencias odontologicas	SI	Atendi consulta odontologica programada y urgencias	Atendi la consulta programada y de urgencias
Realizar la historia clinica, valoración y examen de odontologia registrar el diagnostico, plan de tratamiento y evolucion según historia clinica institucional, sisveso	SI	Realice historia clinica, valoracion examen odontologico registre los diagnosticos, plan de tratamiento y evolucione historia clinica	Realice historia clinica, valoracion examen odontologico y registre los diagnosticos, plan de tratamiento y
Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al dia	SI	Realice registro de las actividades desarrolladas en el formato de registro diario, insumo para la realizacion del informe de gestion mensual	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 de 1999 y RIPS	SI	Diligencie de manera completa, legible y oportuna la Historia Clinica dando cumplimiento a la Resolucion 1995 de 1999 y RIPS	Historias clinicas diligenciadas con completitud pertinencia y lectura de rx periapicales
Solicitar examenes paraclinicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario	SI	Solicite examenes paraclinicos en los casos necesarios y remiti pacientes a los especialistas	solicite examenes para clinicos y realice remision a especialista cuando fue necesario hacerlo
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	SI	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institucion	Cumpli con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institucion
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 demas 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) $2.064.567,00 Dos millones sesenta y cuatro mil quinientos sesenta y siete pesos m/cte

GLADIS LIZARAZO QUINTERO C.C. 51.815.831

Fecha: 31 mm aaaa Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estara sujeto a la certificacion de cumplimiento del contrato que expida el supervisor

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

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:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:	[redacted]	5154632177	TIPO DE PLANILLA:				INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2019
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/06/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:				0089016092

TOTAL APORTES A PENSIÓN

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 132.500	$ 0	$ 132.500
SUBTOTALES:										$ 132.500	$ 0	$ 132.500

TOTAL APORTES A SALUD

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600
SUBTOTALES:													$ 103.600	$ 0	$ 0	$ 103.600

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 20.200
SUBTOTALES:									$ 20.200	$ 0	$ 0	$ 20.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.000	$ 0	$ 5.000
SUBTOTALES:			$ 5.000	$ 0	$ 5.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	CDM	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 51815631	LIZARAZO QUINTERO GLADIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE		$ 828.116			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500

SEGURIDAD SOCIAL SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600

SEGURIDAD SOCIAL ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 828.116	51815631	$ 20.200

PARAFISCALES DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
30	$ 828.116	CCF24-COMPENSAR	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 261.300

Planilla Pagada