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:	ISABEL GUERRERO MUÑOZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51737376							
CORREO ELECTRONICO:	iguerrerom@subredsuroccidente.gov.co				CELULAR:	3012760250							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CENTRO DIA FO04												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CENTRO DIA FO04)				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	E01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0019-7006-8258								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3267-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	14894	FECHA	31/01/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como ODONTOLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2019		28	2	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.762.658									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$8.287.974
VALOR EJECUTADO	$2.762.658
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.525.316
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 $**2.070.290** 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
1017839542	$1.105.063,20	$130.400	$166.900			**$303.600**

Dado en Bogotá en Febrero del 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ISABEL GUERRERO MUÑOZ 51737376
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CENTRO DIA									
								Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	3267-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	2	2.019		28	2	2.019	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ISABEL GUERRERO MUÑOZ		C. C.		51.737.376		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 ODONTOLOGO 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 realizaron reposiciones de inasistencias para dar cumplimiento a las metas del servicio.	Se realizó actividades resolutivas y de P y D a pacientes programados. Se repusieron las inasistencias.
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	Asiti a las reuniones programadas por el proceso Gestión clinica Ambulatoria	Asistí al conversatorio el dia 08-02-2019 y ULC el 13-02-2019.UAT odontologia 26-02-2019
Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación	SI	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditación en salud del Hospital	atencion con calidad a los usuarios
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.	Presentación personal adecuada a lineamiento 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, valoración, examen odontológico, registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clínica institucional; se realizaron las notificaciones a sisveso.	Usuarios atendidos con criterios de calidad definidos por la institucion
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 para consolidacion de informe mensual
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.	realicé remision a especialistas cuando fue necesario
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 del contrato

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.762.658 Dos millones setescientos sesenta y dos mil seiscientos cincuenta y ocho pesos.

ISABEL GUERRERO MUÑOZ
CC. 51737376
51737376
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Simple

Fecha creación reporte 2019-02-06, 08:16:07 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1017839542 **Referencia pago(PIN)** 8886555460

Periodo Cotización 201901 **Periodo Servicio** 201901

Cliente:

PAGADA 2019-02-06 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ISABEL GUERRERO MUNOZ				
Documento	CC 51737376	**Dirección**	CAR 65 NO 22 A 43		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3014956550		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51737376		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					GUERRERO MUNOZ ISABEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	30			$ 1.043.000	23100 1		16 %	$ 1.043.000	$ 166.900	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.043.000	$ 130.400	$ 0	NIN AR		0,000 %	$ 0	$ 0	CCF24	0,6 %	$ 1.043.000	$ 6.300	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLFONDOS	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 166.900	$ 0	$ 0	$ 130.400	$ 0	$ 6.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 303.600

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!