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		2				
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	3	2019		30	3	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	$5.525.316
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.762.658
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
1019445161	$1.105.063,20	$138.300	$177.000			**322.000**

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

CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAICEDO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ISABEL GUERRERO MUÑOZ
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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		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	3	2.019		30	3	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 día 08-03-2019 y ULC el 13-03-2019.
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 clinica 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 Clinica 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

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

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

Simple.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2019-03-05, 02:21:48 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1019445161

Periodo Cotización: febrero de 2019 **Periodo Servicio:** febrero de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8800614360

PAGADO 05/03/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ISABEL GUERRERO MUNOZ		
Documento	CC51737376	**Dirección**	CAR 65 NO 22 A 43
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3014956550
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 51737376	ISABEL GUERRERO MUNOZ	03	00																		0	30	30	0	30	(231001) COLFONDOS	$ 1,106,000	$ 177,000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1,106,000	$ 138,300	0.000		$ 0	$ 0	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1,106,000	$ 6,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322,000

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
$ 1,106,000	$ 1,106,000	$ 0	$ 1,106,000	$ 177,000	$ 138,300	$ 0	$ 6,700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322,000	$ 0	$ 322,000

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!