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		7					
NÚMERO DE CDP	1017	FECHA	25/07/2019	NÚMERO DE CRP	35169	FECHA	31/07/2019				
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	8	2019		31	8	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:	$19.338.606
VALOR EJECUTADO	$19.338.606
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
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 **$2.070.290** 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
1022360637	$1.105.063,20	$138.300	$177.000			**322.000**

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS (E)
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ISABEL GUERRERO MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	8	2.019		31	8	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 a ULC el 28-08-2019, , conversatorio el día 09-08-2019, UAT 27-08-2019
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

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-08-08, 07:58:33 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1022360637 **Referencia pago(PIN)** 8800614360

Periodo Cotización 201907 **Periodo Servicio** 201907

Cliente:

PAGADA 2019-08-08 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	Apor ICB
																0	30	30	0	30			$ 1.106.000	231001		16 %	$ 1.106.000	$ 177.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.106.000	$ 138.300	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	CCF24	0,6 %	$ 1.106.000	$ 6.700	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	
$ 177.000	$ 0	$ 0	$ 138.300	$ 0	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 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 SIMPL

PAGOSIMPLE | Prefactura

Fecha creación reporte: 2019-07-08, 06:21:29 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1022360637

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

GUARDADA 08/07/2019

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	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

IMPORTANTE: Señor aportante, si usted realiza el pago de su aporte después de las 3:00 PM este se hará efectivo al día hábil siguiente; recuerde revisar su liquidación antes del pago, SIMPLE S.A.; da por entendido que el aportante está de acuerdo con la información suministrada, en consecuencia cualquier inconsistencia con las administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	Días IRP	Días PEN	Días SAL	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 51737376	GUERRERO MUNOZ ISABEL	03	00														0	30	30	0	30	COLFONDOS	$ 1.106.000	$ 177.000	FAMISANAR EPS	$ 1.106.000	$ 138.300	NINGUNA ARP	$ 0	$ 0	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 FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 1.106.000	$ 1.106.000	$ 0	$ 1.106.000	$ 177.000	$ 0	$ 0	$ 138.300	$ 0	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 322.000	$ 0	$ 322.000

IV. INFORMACION

Periodo de cotización salud

Mayo Junio Julio Agosto Septiembre Octubre Noviembre Diciembre

COLSUBSIDIO
SALITRE

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8800614360
PLANILLA : 1022360637
PERIODO : 2019/07
REFERENCIA 2: 8800614360

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	322000
			322000

DOCUMENTO
1908080007132733
CONSECUTIVO: 001

AGO 08, 19 19:16

08/Ago/2019 19:16 1320 07 0196 3242440
(COPIA CLIENTE)

COLSUBSIDIO
SALITRE

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Código	Descripción	Valor
VV 693927	RECAUDO PLANILLA S	322.000
	TOTAL --> $	**322.000**
AV	DEBI.RED MULTICOL	322.000
NUMERO CUENTA	**1677	
Recibo:003056	RRN:004001 Apro:601648	
MAESTRO AH		

CAMBIO 0

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: LILIANA QUEVEDO

NUMERO DE BOLSAS: 0
08/Ago/2019 19:16 1320 07 0196 3242440
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES