

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	3	
			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:				iguerrom@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			

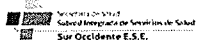
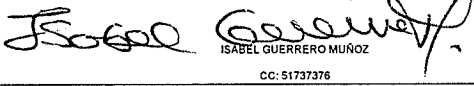
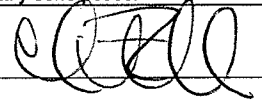
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3267-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				9							
NÚMERO DE CDP		1284		FECHA		20/09/2019		NÚMERO DE CRP		44522		FECHA		30/09/2019					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios 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		10		2019				31		10		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:	\$24.863.922
VALOR EJECUTADO	\$24.863.922
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1023850162	\$1.105.063,20	\$138.300	\$177.000			322.000

Dado en Bogotá en OCTUBRE 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
---	--

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 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	
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 ☒ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS	
Cumplir con el 100% las actividades según el tiempo destinado para la atención de pacientes.		SI		Se realizaron actividades resolutorias 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.	
Obtener un Rendimiento de 3.0 x Hora en consulta		SI		Se realizaron reposiciones de inasistencias para dar cumplimiento a las metas del servicio	
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural		SI		Asiti a las reuniones programadas por el proceso Gestión clínica Ambulatoria	
Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación		SI		Participo 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)	
Hacer uso de uniforme, bata y carné institucional.		SI		Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné según lineamiento institucional.	
Atender la consulta programada general y urgencias odontológicas.		SI		Atendí consulta odontológica programada y 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.	
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	
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	
Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario.		SI		Solicite exámenes paraclínicos en los casos necesarios y remitió pacientes a los especialistas.	
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.		SI		Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	
Realizar la referencia y contrareferencia 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	
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.	
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 2.762.658 Dos millones setecientos sesenta y dos mil seiscientos cincuenta y ocho pesos.					
 ISABEL GUERRERO MUÑOZ CC: 51737376		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 			
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: _____					

Simple

PAGOSIMPLE

Prefectura

Fecha creación reporte: 2019-09-09, 06:58:17 PM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1023850162

Referencia pago (PIN): 8800614360

Periodo Cotización: septiembre de 2019

Periodo Servicio: septiembre de 2019

Fecha límite de pago: 2019-10-18

GUARDADA 09/09/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ISABEL GUERRERO MUNOZ
Documento	CC51737376
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	BOGOTA D.C.
Representante Legal	
Dirección	CAR 65 NO 22 A 43
Teléfono	3014956550
Forma Presentación	UNICO
Departamento	BOGOTA D.C.
Identificación	
Total Afiliados	1

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 serán administradoras serán responsabilidad del aportante.

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
Identificación	Apellido y Nombre	Tipo Cotización	Saldo Cotizado	Saldo Contado	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia	Saldo Diferencia
CC 51737376	GUERRERO MUNOZ ISABEL	D	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H.I. TOTALES																						
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma	Aportes Suma
\$ 1.106.000	\$ 1.106.000	\$ 1.106.000	\$ 1.106.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000	\$ 177.000

IV. INFORMACION

Día hábil de pago sin mora

13

Periodo de cotización salud

Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

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: 000186	RRN: 000406	Apro: 604654
MAESTRO	AH	

CAMBIO

0

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: LORENA HERNANDEZ

NUMERO DE BOLSAS: 0
09/Oct/2019 16:47 1320 05 0216 2629199
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MEREZES

COLSUBSIDIO
SALITRE

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8800614360
PLANILLA : 1023850162
PERIODO : 2019/09
REFERENCIA 2 : 8800614360

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	322000
			322000

DOCUMENTO



1910090005417837
CONSECUTIVO: 001

OCT 09, 19 16:46

09/Oct/2019 16:47 1320 05 0216 2629199
(COPIA CLIENTE)



**AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte: 2019-10-10, 04:13:55 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Numéro Planilla:

1023850162

Periodo Cotización:

septiembre de 2019 Período Servicio:

septiembre de 2019 Referencia pago (PIN): 8800614360

PAGADO 09/10/2019 EN HORARIO EXTENDIDO

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	UNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

III. DETALLE DEL APORTANTE

[illegible]**III. TOTALES**

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Caja	Aportas Pensión	Aportas Salud	Aportas Riesgos	Aportas Caja	Aportas Sana	Aportas KBF	Aportas ESAP	Aportas Min Educación	Incapacidades, Licencias, Saldo a Favor EPB	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	\$ 322,000	\$ 0	\$ 322,000