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:			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				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		9			
NÚMERO DE CDP	1284	FECHA	20/09/2019	NÚMERO DE CRP	44435	FECHA	30/09/2019			
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	10	2019		31	10	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:	$18.581.103
VALOR EJECUTADO	$18.581.103
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 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
5155867518	$828.116	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

Dado en Bogotá del mes de Octubre 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

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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

Ubicación del Servicio:	USS 50 PUERTA DE TEJA				Sede: FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	3162-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2.019		31	10	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADIS LIZARAZO QUINTERO		C. C.	51.815.631		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 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 Diplomado de responsabilidad Medico Legal los dias 4,5,11,12,18,19,25,26 de octubre UAT de odontologia el 3 de octubre	Se asistio a las reuniones programadas Diplomado de responsabilidad Medico Legal los dias 4,5,11,12,18,19,25,26 de octubre UAT
Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación	SI	Participe desde mi quehacer diario en el proceso de acreditación en salud del Hospital	Participe 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	Prestè 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.	Usé adecuadamente el uniforme, bata y carné institucional.
Atender la consulta programada general y urgencias odontológicas.	SI	Atendi consulta odontológica programada y urgencias.	Atendi la consulta programada y de urgencias
Realizar la historia clinica, valoración y examen de odontologia, registrar el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución según historia clinica institucional, sisveso.	SI	Realice historia clinica, valoración, examen odontológico, registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clinica	Realice historia clinica, valoración, examen odontológico, y registre los diagnósticos, 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 realización del informe de gestión mensual	Diligenciamiento del siso y envio referente de odontologia
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clinica 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 paraclinicos en los casos necesarios y remiti pacientes a los especialistas.	solicité examenes para clinicos y realicé 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 Institución	Cumpli 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 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. 51.815.631

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	51815631
NOMBRE O 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	2674429
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA	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

NÚMERO PLANILLA	5155867518	TIPO DE PLANILLA	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES septiembre AÑO 2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD	MES septiembre AÑO 2019				
DÍAS DE MORA	2						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)	2019/10/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN	0451013433				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA				APORTES VOLUNTARIOS			FSP		MORA			TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA		VALOR PAGADO	
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200	$ 0	$ 132.500	$ 200		$ 132.700	
SUBTOTALES:										$ 132.500	$ 200		$ 132.700	

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 103.600	$ 0	$ 200	$ 0	$ 103.600	$ 200	$ 0	$ 103.800
SUBTOTALES:													$ 103.600	$ 200	$ 0	$ 103.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA			INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.200	$ 20.200	$ 100	$ 0	$ 20.300	
SUBTOTALES:									$ 20.200	$ 100	$ 0	$ 20.300	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA			TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	APORTES	MORA		VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.000	$ 100		$ 5.100
SUBTOTALES:			$ 5.000	$ 100		$ 5.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE								NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																										PARAFISCALES				
																								PENSIÓN								SALUD							ARP								CCF	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51815631	LIZARAZO QUINTERO GLADIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 828.116			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 828.116	$ 132.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 132.500	EPS017-FAMISANAR	30	$ 828.116	$ 103.600	$ 0	$ 103.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 828.116	51815631	$ 20.200	30	$ 828.116	CCF24-COMPENSAR	$ 5.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 261.900**