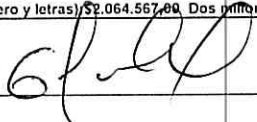
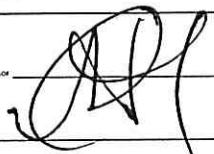


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GLADIS LIZARAZO QUINTERO									
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		51.815.631				
CORREO ELECTRONICO:		lizarazon@subredsuoccidente.gov.co				CELULAR:		3003101351			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS 50- PUERTA DE TEJA					
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	%
		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		10			
NÚMERO DE CDP		1495	FECHA	29/10/2019	NÚMERO DE CRP		49171	FECHA	21/10/2019		
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	11	2019			30	11	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 repercute 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:						\$20.645.670					
VALOR EJECUTADO						\$20.645.670					
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 <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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
5156265198	\$828.116	\$103.515	\$132.499	3	\$20.173	\$256.186					
Dado en Bogotá del mes de Noviembre 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					

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	11	2 019		30	11	2 019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLADIS LIZARAZO QUINTERO		C. C.	51 815 631		DE		BOGOTÁ		
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 resolutorias y en P y D para dar cumplimiento a lo programado según las horas contratadas		Se cumplió con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atención 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 cumplió con el rendimiento por hora					
Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural		SI	Asistí a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural. Diplomado de responsabilidad. Medico Legal los días 1,2,8,15,16,22 de Noviembre ; ULC 26 de noviembre		Se asistió a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural. Diplomado de responsabilidad. Medico Legal los días 1,2,8,15,16,22 de Noviembre. ULC 26 de noviembre					
Empoderamiento e Implementación del proceso de Acreditación		SI	Participo desde mi quehacer diario en el proceso de acreditación en salud del Hospital		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)		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	Atendí consulta odontológica programada y urgencias		Atendí 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 clínica, valoración, examen odontológico, registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clínica		Realice historia clínica, 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 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 envío referente de odontología					
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y RIPS		SI	Diligenció de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1999 y RIPS		Historias clínicas diligenciadas con completitud, pertinencia, y lectura de rx penapicales					
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		solicite exámenes para clínicos y realice remisión a especialista cuando fue necesario hacerlo					
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 contrarreferencia cuando fue necesario		se realizaron referencias y contrarreferencias 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/cde										
 GLADIS LIZARAZO QUINTERO C.C. 51 815 631					Fecha: 05/04/2017 Firma de recibido supervisor: 					

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

[illegible]