

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA		Versión	2	
			Fecha de aprobación	31/03/2017	
			Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52833184				
CORREO ELECTRONICO:				ximenali815@hotmail.com				CELULAR:		311 2659054			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								USS CARVAJAL					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				CONSULTA EXTERNA				SEDE:		SU57	SUR		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	
		SU57 E01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTÁ				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				171129240				PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				41-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				9 de 9	
NÚMERO DE CDP		1052	FECHA	22/07/20	NÚMERO DE CRP		33805	FECHA	30/08/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE LAS SALUD ORAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	9	2020		30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.558.122							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%				\$8.377			

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:	\$13.036.287
VALOR EJECUTADO	\$13.036.287
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.558.122
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
0	100%

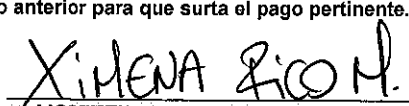
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$2.194.508 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
1031767828	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


JEFE LUZ DARY CAMPOS MORENO
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

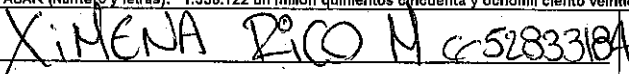
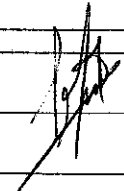
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Varán	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. FACILITADOR
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	16-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA-CONSULTA EXTERNA		Sede: USS CARVAJAL						
No. DE CONTRATO:	41-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.020		30	9	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ		C. C.	52.833.184			DE	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE LAS SALUD ORAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar consulta de Higiene Oral acorde a la normatividad vigente.	SI	Se realiza educacion en salud oral, detartraje de cuadrantes I, II-III-IV, sellantes, aplicación fluor en barniz	Se realizan las actividades y diario se registra en el informe de gestion dando cumplimiento en la atención a los pacientes programados por hora.
Presentar apoyo al Odontologo en la atencion de pacientes, alistar el consultorio, materiales e instrumental.	SI	Preparar oportunamente los materiales, equipos e instrumental necesaria para el desarrollo de las actividades en el consultorio odontológico	Evidencia del profesional e higienista oral
Realizar educacion en salud oral con énfasis en promocion y prevencion, acorde con la norma tecnica de la resolucioin 0412/2000.	SI	Cumplir con las normas del sistema obligatorio de garantia de calidad según requerimientos de la subred	Cumplir con las normas según requerimiento
Realizar proceso de esterilizacion acorde a lo establecido en el hospital.	SI	Se realiza una adecuada esterilizacion y desinfección del instrumental con adherencia a los protocolos, se preparara los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente.	Al esterilizar se lleva registro en carpeta de esterilización.
Diligenciar informes de esterilizacion y seguimiento de control a insumos.	SI	Apoyo en la elaboración de los pedidos de material devolutivo y consumo.	Realizar apoyo y control adecuado de los pedidos de material devolutivo y consumo por medio del aplicativo Dinamica.
Cumplir con el manual de procesos y procedimientos, los protocolos, normas tecnicas, guias de manejo, propias del area implementadas en la institucion.	SI	Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema del sistema obligatorio de garantia de calidad según requerimientos de la subred	Cumplir con las normas según requerimiento
Participar en reuniones que la subgerencia de sevicios y/o el lider de sede le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	SI	Se realiza según lo requerido	Evidencia del profesional y líder del proyecto
Cumplir con las actividades programadas y/o agendadas por la institucion.	SI	Se participa a las ULG, ULC y demás reuniones convocadas por la institución	Evidencia en registro de actas de asistencia
Dar cumplimiento a la normatividad vigente, relacionada con diligenciamiento con historias clinicas, registro de rips, referencia y contrareferencia de pacientes, informes, solicitud de pedidos, autocontrol.	SI	Se cumple con el diligenciamiento correcto de formatos y evoluciones según procedimiento	Se entregan formatos rips diligenciados y evolucion correcta en historia clinica
Cumplir con los lineaminetos para la prevencion del riesgo biologico empleando de forma obligatoria los elementos de proteccion personal.	SI	Hacer uso adecuado de la bata, tapabocas, guantes, careta y elementos de bioseguridad y cumplir protocolo de esterilización.	Cumplir correctamente con los elementos de bioseguridad de acuerdo con los protocolos establecidos se cumple con: tapabocas, guantes, bata desechable y gorro, careta y gafas de protección.
Presentar de acuerdo a los cortes definidos por la institucion informe mensual de gestion y aquellos solicitados por el supervisor del contrato.	SI	Realizar las actividades que sean asignadas de acuerdo con el contrato	Se cumple con realizar las actividades asignadas de acuerdo con el contrato
Cumplir con el programa de gestion ambiental y las directrices del comité de infecciones intrahospitalarias.	SI	Apoyar el cumplimiento de las normas del sistema del sistema obligatorio de garantia de calidad según requerimientos de la subred	Cumplir con las normas según requerimiento
Realizar cuenta de cobro anexando mensualmente el aporte de salud, pension y ari de acuerdo con la ley.	SI	Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social	Registro en los formatos establecidos por la institución
Conocimiento y manejo del plan obligatorio de salud.	SI	Se realiza todos los procedimientos requeridos para contribuir en su cumplimiento.	Evidencia con el profesional e higiene oral
Mantenerse actualizado y capacitado en la reglamentacion, normas, guias de atencion necesarias para el desempeño de su labor.	SI	Se realiza según lo requerido	Evidencia del profesional y líder del proyecto
Velar por el adecuado uso y custodia de los elementos y equipos suministrados por la institucion para el desarrollo del objeto de la orden.	SI	Realizar el inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente resgistrando en planilla de alistamiento de cosnultorio.	Entregar y recibir equipos diariamente resgistrando en planilla de alistamiento de cosnultorio.
Dar un uso racional a los insumos y equipos que la institucion le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	SI	Se realiza inventario de los instrumentos conque se atiende al usuario. Se entrega en cada turno de auxiliares de salud oral y vigilancia.	Registro en carpetas
Brindar trato humano, etico y calido con el cliente interno y externo de la institucion.	SI	Cumplir con las normas según requerimiento	Cumplir con las normas según requerimiento
Las demas actividades que sean afines con la naturaleza del contrato.	SI	Realizar las actividades que sean asignadas de acuerdo con el contrato	Se cumple con realizar las actividades asignadas de acuerdo con el contrato
Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entorramiento que pudieran entorpecer la gestion de hospital.	SI	Cumplir con las normas según requerimiento	Cumplir con las normas según requerimiento

Presentar el area de finaciera cuentas por pagar y al supervisor del contrato copia del recibo de pago mensual que los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	Si	Se realiza la entrega de formatos de pago a la seguridad social	Registro en los formatos establecidos por la institución
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.558.122 un millón quinientos cincuenta y ochomil ciento veintidos pesos Mcte			
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LISSETTE XIMENA RICO MARTÍNEZ		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.			



**AUTOLIQUIDACION
- CONSOLIDADA**

Fecha creación reporte:	2020-09-02, 09:44:31 AM	Tipo Planilla:	I: PLANILLA INDEPENDIENTES	Número Planilla:	1031767828
Periodo Cotización:	agosto de 2020	Periodo Servicio:	agosto de 2020	Referencia pago (PIN):	8820522610

Razon Social

LIZHET JIMENA RICO MARTINES

Razón Social	LIZHET JIMENA RICO MARTINES	
Documento	CC52833184	Dirección
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación
Código	BOGOTA D.C.	Departamento
Representante Legal		Identificación
Participación	1	ARP
		CL 2A #68 D - 49
		4461568
		ÚNICO
		BOGOTA D.C.
		ARL SURA

Datos del Afiliado

[illegible]

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

REC. YOUTUB	REC. SALES	REC. MESSAGES	REC. CALLS	APORTA. PENSION	APORTA. SALUD	APORTA. MENSAJES	APORTA. CALLS	APORTA. SERIA	APORTA. ICBF	APORTA. MIN. EDUCACION	INCAPACIDAD POR ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MOROSIA	TOTAL FINAL
\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 877.803	\$ 0	\$ 140.500	\$ 109.000	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 271.700	\$ 271.700

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ

C.C 52833184 DE BOGOTA

La suma de \$ 1.558.122, por concepto de: PAGO DE HONORARIOS durante el periodo de 01 SEPTIEMBRE DE 2020 al 30 SEPTIEMBRE DE 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 41-2020



LISSETTE XIMENA RICO MARTINEZ

C.C. 52.833.184 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 171129240

Septiembre de 2020

Horas realizadas por Ximena Rico en el Mes de Agosto

1 de Agosto: 12 Horas

3 de Agosto: 12 Horas

5 de agosto: 12 Horas

7 de agosto: 12 Horas

9 de agosto: 12 Horas

11 de agosto: 12 Horas

13 de agosto: 12 Horas

15 de agosto: 12 Horas

17 de agosto: 12 Horas

19 de agosto: 12 Horas

21 de agosto: 12 Horas

23 de agosto: 12 Horas

25 de agosto: 12 Horas

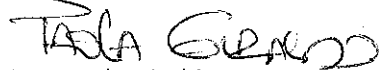
27 de agosto: 12 Horas

29 de agosto: 12 Horas

31 de agosto: 12 Horas

Horas

TOTAL: 192



Dra. Paola Giraldo

Líder Atención Domiciliaria