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:			GLADIS LIZARAZO QUINTERO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E		NO.		51.815.631				
CORREO ELECTRONICO:			lizarazog@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:		2316-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2			
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	8/01/2.020	NÚMERO DE CRP	14470	FECHA	31/01/2.020			
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	3	2.020		31	3	2.020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2.143.102							
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:	$6.429.306
VALOR EJECUTADO	$4.286.204
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.143.102
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.143.102
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 $2.194.507, 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
5157317914	$877.803,00	$109.725	$140.500	3	$21.383	**$271.609**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Marzo del año Dos Mil Veinte (2020). 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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS 50 PUERTA DE TEJA			Sede: FONTIBON						
	2316-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	3	2.020		31	3	2.020
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 : UAT de odontologia 4 de marzo; conversatorio 13 de marzo	Se Asistio a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural: UAT de odontologia 4 de marzo; conversatorio 13 de marzo
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	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	Atendi 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 clínica, valoración, examen odontológico, registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clínica institucional; se realizaron las notificaciones a	Realice historia clínica, valoración, examen odontológico, y registre los diagnósticos, plan de tratamiento y evolucione historia clínica
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 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 paraclinicos en los casos necesarios y remití 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	Cumplí 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):$2.143.102,00 Dos millones ciento cuarenta y tres mil ciento dos 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

CACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51815631	
ZÓN SOCIAL:		GLADIS LIZARAZO QUINTERO	
IPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	
	CR 68 F 64 F 21 BL 2 EN 4 AP 401 TELÉFONO:	2674420	
NTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	
A:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act	
ESENTACIÓN:	ÚNICO		
XONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	5157317914	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES			
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	febrero	AÑO	2020
DÍAS DE MORA:	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/03/03	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		0624675482					

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
									$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	LIQUIDACIÓN UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
												$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	INCAPACIDAD IRP PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
								$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
CCF24-COMPENSAR	1	$ 5.300	$ 0	$ 5.300
		$ 5.300	$ 0	$ 5.300

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1 LIZARAZO QUINTERO GLADIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 877.803			NO																	

SEGURIDAD SOCIAL PENSIÓN ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
25-14 COLPENSIONES	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500

SEGURIDAD SOCIAL SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE
EPS017-FAMISANAR	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800

SEGURIDAD SOCIAL ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	51815631	$ 21.400

PARAFISCALES	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
	30	$ 877.803	CCF24-COMPENSAR	$ 5.300	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 277.000

Planilla Pagada