

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	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@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	%	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		3					
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 odontólogo 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	4	2.020			30	4	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	\$6.429.306
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.143.102
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

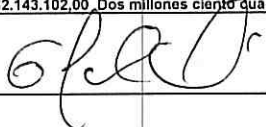
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.507, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
5157594748	\$877.803,00	\$109.725	\$140.500	3	\$21.383	\$271.609

Dado en Bogotá a los () días del mes de Abril 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

Ubicación del Servicio:		USS 50 PUERTA DE TEJA		Sede: FONTIBON		
2316-2020		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año
				1	4	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 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 :En este periodo no se programaron reuniones	Se Asistió a las reuniones programadas del Proceso de Atención Intramural. En este periodo no se programaron reuniones		
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 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 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 sisvo 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 periapicales		
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.	solicitó exámenes para clínicos y realicé 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 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	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

DAVIDIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE CÉDULA DE CIUDADANÍA: NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 51815831 CLASE DE CIUDADANÍA: CAPITAL BOGOTÁ - DISTRITO CAPITAL CR 68 F 64 F 21 BL 2 EN 4 AP 401 TELÉFONO: 2674430 02 INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE: ACTIVIDADES REGULADORAS Y FACILITADORAS DE LA ACT. UNICO PRESENTACIÓN: XONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) NO		DATOS GENERALES DE LA PLANILLA NÚMERO PLANILLA: 5157594748 PERÍODO COTIZACIÓN OTROS: MES: marzo AÑO: 2020 PERÍODO COTIZACIÓN SALUD: MES: marzo AÑO: 2020 FECHA PAGO (nómina/mes): 20200401 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 0250876158	
---	--	---	--

TOTAL APORTES A PENSION									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	EUPLACADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP	SUBSISTENCIA	MORA
25-14 COLPENSACIONES		1	\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A PENSION									

TOTAL APORTES A SALUD									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD	VALOR	INCAPACIDAD POR LICENCIA MATERIDAD	VALOR	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA
EPIS017-FAMILIAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A SALUD									

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA
14-11 - ARL SURA		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES									

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA
DCF24-COMPENSAR		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES									
SEGURIDAD SOCIAL									
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD RP	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	SALDO A FAVOR	LIQUIDACIÓN	MORA
14-11 - ARL SURA		1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0
TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR									

TOTAL \$ 277.000