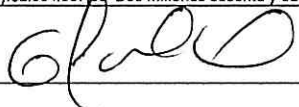
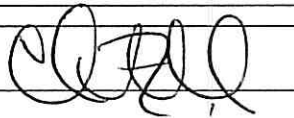




INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			GLADIS LIZARAZO QUINTERO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		51.815.631					
CORREO ELECTRONICO:			lizarazoq@subredsuoccidente.gov.co			CELULAR:		3003101351					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS 50- PUERTA 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			8				
NÚMERO DE CDP		1174	FECHA		29/08/2019	NÚMERO DE CRP		39702	FECHA		31/08/2019		
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	9	2019			30	9	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:								\$16.516.536					
VALOR EJECUTADO								\$16.516.536					
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
5155589968	\$828.116	\$103.515	\$132.499	3	\$20.113	\$256.186							
Dado en Bogotá del mes de Septiembre del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente													
 CLAUDIA PATRICIA ROSERO CAIEDO (E) 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
			1	9	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 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 13, 20, 21, 27, y 28 de septiembre; 24 de Septiembre ULC	Se asistió a las reuniones programadas: Diplomado de responsabilidad Medico Legal los días 13, 20, 21, 27, y 28 de septiembre, 24 de Septiembre		
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	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	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	Diligenciamento 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	Diligencié 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 panorámicas		
Solicitar exámenes paraclinicos en caso necesario y remitir pacientes a especialista para continuar tratamiento cuando sea necesario.	SI	Solicite exámenes paraclinicos en los casos necesarios y remití pacientes a los especialistas.	solicité exámenes para clínicos y realicé remisión 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 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/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.

DAVIVIENDA

\$ 261,300