	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	
			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:			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			7		
NÚMERO DE CDP		1017	FECHA	25/07/2019	NÚMERO DE CRP		35081	FECHA	31/07/2019		
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	8	2019		31	8	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 repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

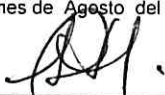
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$14.451.969
VALOR EJECUTADO	\$14.451.969
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.064.567
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo 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
515523927	\$828.116	\$103.515	\$132.499	3	\$20.173	\$256.186

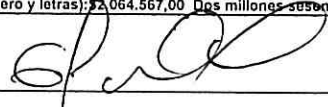
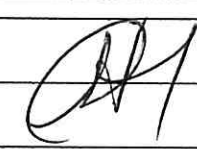
Dado en Bogotá del mes de Agosto del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente



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
			1	8	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, conversatorio 09 de agosto, 26 de agosto UAT, 27 de agosto ULC	Se asistió a las reuniones programadas: conversatorio 09 de agosto, 26 de agosto UAT, 27 de agosto ULC		
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, si/veso.	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	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 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.	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	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/cte					
 GLADIS LIZARAZO QUINTERO C.C. 51.815.631		Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor: 			

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

[illegible][illegible]