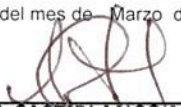
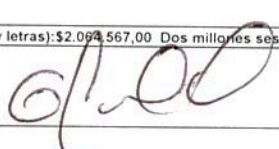
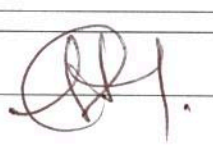


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			GLADIS LIZARAZO QUINTERO										
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO			51.815.631				
CORREO ELECTRONICO:			lizarazoq@subredsuroccidente.gov.co				CELULAR:			3003101351			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						USS 50- PUERTA DE TEJA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (USS 50 - PUERTA DE TEJA F007, USS 49 - INTERNACIONAL F006)				SEDE:			Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		F007E01	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			2			
NÚMERO DE CDP		165	FECHA	17/01/2019		NÚMERO DE CRP		14800	FECHA	31/01/2019			
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	3	2019			31	3	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:								\$6.193.701					
VALOR EJECUTADO								\$4.129.134					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$2.064.567					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$2.064.567					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								67%					
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
5153614949	\$828.116	\$103.515	\$132.499	3	\$20.173	\$256.186							
Dado en Bogotá del mes de <u>Marzo</u> del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>  LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div>  GLADIS LIZARAZO QUINTERO NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>													

Ubicación del Servicio:		USS 50 PUERTA DE TEJA		Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	3162-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		GLADIS LIZARAZO QUINTERO	1	3	2019		31	3	2019
			C. C.	51.815.831			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 8 de Marzo, ULC 20 de Marzo				Se asistió a las reuniones programadas: conversatorio 8 de Marzo, ULC 20 de Marzo		
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				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 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 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): \$2.062.567,00 Dos millones sesenta y cuatro mil quinientos sesenta y siete pesos m/cte									
 GLADIS LIZARAZO QUINTERO C.C. 51.815.831					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

[illegible]