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
		Fecha de aprobación	15/02/2018
		Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52054866						
CORREO ELECTRONICO:	yorto14@hotmail.com				CELULAR:	3112270061						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	GESTION CLINICA AMBULATORIA				(UMHE PATIO BONITO TINTAL)							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (ODONTOPEDIATRIA)				SEDE:	KE11						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE11E02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4500148749								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	391-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 de 5		
NÚMERO DE CDP	755	FECHA	25/05/2021	NÚMERO DE CRP	29857	FECHA	31/05/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO ODONTOPEDIATRIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E, DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.670.656								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%							
OBSERVACIONES:LA ARL LA PAGA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR 180 +4 DE INTERCONSULTA OCCIENTE.E.S.E del mes de Mayo 4 Total (184) VALOR HORA 25,384									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****	$23.556.352
VALOR EJECUTADO****	$22.970.302
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.670.656
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$586.050
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	19%

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 2,271.315 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7787695905	$1.858.109,00	$232.300	$297.300	4		$529.600

Dado en Bogotá a los 30 dias del mes de Junio del año DOS VEINTIUNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YORMARY DIAZ RUIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

BONITO TINTAL

a	Dia	Mes	Año
	30	6	2.021
54.866	DE	BOGOTA	

guna, prestará sus servicios y

ODUCTOS ENTREGADOS

de los pacientes de urgencias
ia pandemia covid-19

de los pacientes de urgencias
ia pandemia covid-19

de urgencia diligenciadas con
ud , pertinencia.

en reunion servicio de odontologia, y
en Manejo del comportamiento,reportea
d de paciente susesos de seguridad

ciamiento del siso y envio
te de odontología

es de anomalias en equipos a
revision y mantenimiento.

de atencion de pacientes con

en historia de urgencia de la carga y el
erilzacion con el cual se atiende cada
en consulta.

r riesgos de contaminacion cruzada en
y correcta identificacion del profesional
e de los pacientes

E)

DOCUMENTO EQUVALENTE NRO A FACTURA

LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

YORMARY DIAZ RUIZ

CC 52.054.866 DE BOGOTA

La suma de $ 4,670.656(Cuatro millones seiscientos cuarenta setenta mil seiscientso cincuenta y seis mda mcte), por concepto de Prestación de Servicios como odontopediatria en consulta externa, USS Patio Bonito Tintal. Durante el periodo de 01 a 30 de junio del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Nro. 391-2021

YORMARY DIAZ RUIZ

CC 52.054.866 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004500148749

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52954866
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			YORMARY DIAZ RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CALLE 23A 59 72	TELÉFONO:	4226552
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			77878695905	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd)			2021/05/25	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1000757473

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 297.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 297.300	$ 0	$ 297.300
SUBTOTALES:										**$ 297.300**	**$ 0**	**$ 297.300**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 232.300		$ 0	$ 0	$ 232.300	$ 0	$ 0	$ 232.300
SUBTOTALES:													**$ 232.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 232.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES									
																									PENSIÓN							SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	RESIDENTE EXTERIOR	IVG	SLN	INT	LMA	VAC	VCT	VST	SLN	COM	ING	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	Nº DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	Nº DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	Nº DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	Nº DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52954866	DIAZ RUIZ YORMARY	INDEPEND		$ 1.589.285			NO																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.858.109	$ 297.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 297.300	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.858.109	$ 232.300	$ 0	$ 232.300			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 529.600**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	febrero 2021.pdf	febrero 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	marzo 2021.pdf	marzo 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	abril 2021.pdf	abril 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta de mayo.pdf	cuenta de mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >

SEGURIDAD DEL PACIENTE V2: Vista: Usuario

Usuario - YORMARY DIAZ RUIZ

Informe general | Usuario

Ítem de calificación	Peso calculado	Calificación	Rango	Porcentaje	Retroalimentación	Aporta al total del curso
SEGURIDAD DEL PACIENTE V2						
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
POSTEST	33.33 %	10.00	0–10	100.00 %		33.33 %
Total del curso	-	**30.00**	**0–30**	**100.00 %**		-