

 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL BOGOTÁ D.C.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión: 2	 CONTRALORÍA GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación: 16/03/2018	
		Código: 04-02-FD-0002	

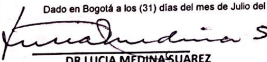
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YUISLEY PEÑA DÍAZ							
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1018435203				
CORREO ELECTRONICO:				yuisley@gmail.com				CELULAR:		3105556488	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						KENNEDY-KE10					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD ORAL-MAXILO				SEDE:		Kennedy	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10E07	20%	KE10B04	20%	KE1E05	30	KE1007	1	KE10C02	29
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				477800050385				PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2025-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6	
NÚMERO DE CDP		920		FECHA		21/06/2021		NÚMERO DE CRP		35154	
FECHA		21/06/2021		FECHA		30/06/2021					
OBJETO DEL CONTRATO:				PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCIÓN AMBULATORIA Y HOSPITALARIA							
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA		MES		AÑO	
						1		7		2021	
				HASTA		DIA		MES		AÑO	
						31		7		2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.612.620							
TIPO DE SERVICIOS				Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%					
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:	\$9.675.720
VALOR EJECUTADO	\$9.675.720
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.612.620
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 \$2.271.315 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
51386894	\$908.526	\$113.566	\$145.364	3	\$22.132	\$281.062

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Julio del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



DR LUCÍA MEDINA SUÁREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:



YUISLEY PEÑA DÍAZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Institución		Fecha de expedición		Código	
 Ministerio de Salud y Protección Social Subsecretaría General de Servicios de Salud San Occidente S.S.E.		Hospital 001100101		08/11/2021		 Hospital 00-00-00-0000	
Ubicación del Servicio: SALUD ORAL Y MAXILOFACIAL							
No. de CONTRATO: 2020-2021		Período certificado desde el:		HENRIEDY		Día Mes Año 1 7 21 a 31 7 21 C. C. 1.018.435.203 DE BOGOTÁ	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YULEY PERA DAZ		OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, en una única subcontratación sin relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Auxiliar de odontología/Higienista Oral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productivo: ☒ SI ☐ NO Servicios: ☒ SI ☐ X							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS				
1. Cumplir con las leyes, decretos, resoluciones, ordenes de carácter general aplicables a la prestación de servicios de salud en la S.S.E. que tenga relación con la ejecución de estos del presente contrato.	SI	- Apoyar las actividades de salud oral de acuerdo a la dependencia, programas y planes de la Subred.	NPS				
2. Responder por los gastos generados en el desarrollo de las actividades del presente contrato a su totalidad legal.	SI	- Preparar, orientar y asistir al usuario, sobre las condiciones de acceso y requisitos para la prestación del servicio a cargo del servicio de una manera integral y oportuna.	NPS				
3. Cuidar con salud y higiene en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo a las normas de salud personal y área institucional por pertenencia.	SI	- Diligenciar de una manera, clara, completa y oportuna, los documentos que se requieren en la prestación del servicio, de acuerdo a las normas y procedimientos.	REGISTRO DE LOS FORMATORIOS DE LA SUBRED				
4. Pagar los gastos de transporte de cualquier índole durante la ejecución de las labores (10) primeros días laborales de cada mes.	SI	- Preparar, solicitar los materiales e instrumental que se requieren en la prestación del servicio de acuerdo con los protocolos y guías y normatividad vigente.	PECCOS QUE SE REALIZAN SEMANALMENTE				
5. Cumplir con las ordenanzas y las guías de manejo, protocolos, instrucciones, procesos, acciones y procedimientos institucionales.	SI	- Operar los equipos y materiales de la dependencia a la cual se encuentre asignado de acuerdo a su ámbito de competencia, según los procedimientos, protocolos y guías establecidas.	REGISTRO DE LOS FORMATORIOS DE LA SUBRED				
6. Mantener una cultura de asistencia frente al cumplimiento de las obligaciones de prestación, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de salud de la Subred. Suministrar y proporcionar con la gestión adecuada, oportuna y en el tiempo, gestión documental y gestión, gestión clínica de actividades, disponibilidad de la información y control social acorde al desarrollo de las actividades asignadas.	SI	- Realizar promoción en salud oral en forma activa e integral.	REGISTRO DE LOS FORMATORIOS DE LA SUBRED				
7. Cumplir con el mantenimiento y reportar de manera obligatoria de la gestión de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de la gestión de la calidad institucional, conforme al sistema (proceso de evaluación, sustento para el mejoramiento de la calidad, sistema de control y sistema de información).	SI	- Valor por el diligenciamiento la Historia clínica.	REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA EN EL SISTEMA				
8. Cumplir con el desarrollo de los trabajos asignados a su dependencia para el mantenimiento y mejor de los servicios de salud oral de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred.	SI	- Reemplazar en las vacaciones al personal que lo requiere.	PLANILLA DE TURNOS DE LA SUBRED				
9. Cumplir con las políticas, protocolos, acciones, instrucciones, procedimientos, procesos, acciones, protocolos y responsabilidades asignadas.	SI	- Fidelizar y controlar la facturación del 100% de los pacientes atendidos en la consulta de cirugía oral y Maxilofacial.	VERIFICACION DE LA FACTURA QUE LLEGA PARA ATENCION DEL PACIENTE SEA CANCELADA CORRECTAMENTE				
10. Ejecutar las acciones programadas por el proveedor, por parte de la Subred, de acuerdo a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred.	SI						
11. Preparar y presentar los informes, actividades, acciones y acciones realizadas por el proveedor y por las entidades autorizadas por este con el fin de controlar el desarrollo de las actividades y diligenciar los documentos.	SI						
12. Asistir y apoyar los procesos de actualización profesional y técnica, programados por el proveedor y por las entidades autorizadas por este con el fin de controlar el desarrollo de las actividades y diligenciar los documentos.	SI						
13. Realizar todas aquellas actividades necesarias para el desarrollo del contrato, de acuerdo a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred.	SI						
14. El contratista se compromete a suministrar la mayor información, cualquier documento o procedimiento que sea necesario para el cumplimiento de las obligaciones de la S.S.E. que se encuentren en el desarrollo de las actividades asignadas, de acuerdo a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred.	SI						
15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias para el cumplimiento de las obligaciones de la S.S.E. que se encuentren en el desarrollo de las actividades asignadas, de acuerdo a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred, conforme a las normas y procedimientos de la Subred.	SI						
16. El contratista cuando exista una necesidad funcional en el desarrollo de las actividades asignadas, deberá garantizar la atención oportuna y oportuna a la persona a la cual se le asigna la actividad.	SI						
17. Cumplir con las demás actividades relacionadas con el objeto del contrato.	SI						
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (Número y Letras): \$1.812.820.- UN MILLÓN OCHOCIENTOS DOCEMIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS MIL DÍGITO.							
Yuley Pera Daz 1018435203 CONTRATISTA: YULEY PERA DAZ C.O.HENRIEDY		ORA LUCA MEDINA BLANCO					

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

DATOS DEL APOYANTE							EJEMPLO PAGO PARAFISCALES Y CANCELACIONES	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APOYANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	10484303	VIOLETTY PERAL DIAZ		BR 9 D 57 5 TUR	71056648	violetta@gmail.com		
FORMA DE PRESTACIÓN	CLASE	NOMBRE APOYANTE	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO			
F	A	APOLINARIO	1	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.			NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA AUTORIZADA	FECHA PAGO AUTORIZADA (FUNDAMENTO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
		PERIODO PROVISIONAL			EMPLAGADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALIR	2021-06				TOTAL A PAGAR	
					\$281.00	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Calificación Obligatoria
EPS-5006	Compensar EPS	8600066342-7	113.600

Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
0		0		0	0	0	0	113 600	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALS PENSION			
Código AFP	Nombre	NIT	Contribución Obligatorio
231001	Colombos	800227940-6	145,400

[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES			
Código	ARL	Nombre	NT
14-11		ARL SURSA	890953790-5
			22 200

Iniciativas		Apoyos Otros		Valor Neto Contratación	Días Mora	Valor Mora Contratación	Subtotal Contratación	No. Radiados Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fuente Subsidiaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
Id.	Descripción	Id.	Descripción									
1	...	2	...	22,200	0	0	22,200	222	22,200	222	22,200	1

TOTALES CAJAS

TOTALS CAJAS					
Código CCE	Moneda	MT	Valor Moneda Aportes	Total Papeles	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFACILAS					
	Votor Aperte	Cada Mese	Votor Mere Aperte	Total a Pagar	No. Afiliados
	0	0	0	0	0
			ICF	0	0
	0	0	ESAP		
			MEN		

TOTALIS POR SUBSISTEMA

TOTALS FOR SUBSYSTEM			
Type Administrator	No. Administrations per year	Value of DOE LMA, per administration	Total # Page per year
Said	1	113,000	113,000
Person			
Range Libraries	1	145,400	145,400
CFZ		22,200	22,200
ESAP	0	0	0
KRII	0	0	0
MEH	0	0	0
SPNA	0	0	0
TOTALS	3	280,600	280,600

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA /07-2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YUISLEY PEÑA DIAZ

C.C 1018435203 DE BOGOTA

La suma de 1.612.620, por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar de odontología/higienista oral, durante el periodo 01 al 31 de Julio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2025


Nombre de contratista

YUISLEY PEÑA DIAZ

C.c 1018435203 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 477900060385



Buscar...

Id de página: 21000726 Ayuda ?

Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato

1 Información general

Cancelar

2 Condiciones

VER CONTRATO

3 Bienes y servicios

Ejecución del Contrato

4 Documentos del Proveedor

☐ Porcentaje
 ☐ Recepción de artículos

5 Documentos del contrato

Plan de Pagos

6 Información presupuestal

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

7 Ejecución del Contrato

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					

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐ CUENTA DE COBRO YUISLEY PEÑA ENERO 2021.pdf (Archivado)	CUENTA DE COBRO YUISLEY PEÑA ENERO 2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ SECOP FEBERO2021.pdf	SECOP FEBERO2021.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ Notificación de Supervisión.pdf	Notificación de Supervisión.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐ cla marzo.pdf	cla marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ SECOP ABRIL YUISLEY PEÑA DIAZ.pdf	SECOP ABRIL YUISLEY PEÑA DIAZ.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ secop yuis mayo.pdf	secop yuis mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐ JUN YUISLEY PEÑA.pdf	JUN YUISLEY PEÑA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >