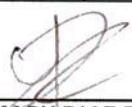


 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YORMARY DIAZ RUIZ							
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		52,054,866		
CORREO ELECTRONICO:		yorto14@hotmail.com				CELULAR:		3112270061	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					CAPS ZONA FRANCA (F008)				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		GESTION CLINICA AMBULATORIA(CAPS ZONA FRANCA)F008				SEDE:		FONTIBON	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	E02	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:		2230-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3	
NÚMERO DE CDP		33	FECHA	12/01/18	NÚMERO DE CRP		10423	FECHA	31/01/18
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	4	2018			30 4 2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.893.000							
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:						\$12.159.900			
VALOR EJECUTADO						\$11.289.700			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3.893.000			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$870.200			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						93%			
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 \$1,953,105, 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			
7377460	\$1.557.200,00	\$194.650	\$249.152	0	FALSO	\$443.802			
 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:						194650  YORMARY DIAZ RUIZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA			

Bogota D.C. Abril 2018

CUENTA DE COBRO
3

SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YORMARY DIAZ RUIZ

C.C. No. 52.054,866

Por concepto de Prestar servicios Especializados en el servicio de ODONTOPEDIATRIA en ZONA FRANCA Unidad Prestadora de Servicios de Salud Font ibón en el mes de ABRIL

Según Orden de Prestación de Servicios CPS N. 2230-2018

Horas contratadas 170 horas

Valor hora \$22,900

Valor Total \$3.893.000

TOTAL: TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL PESOS
MDA MCTE

TOTAL: \$3.893.000

CENTRO DE COSTO	PORCETANJE %	VALOR
E02	100%	\$3.893.000
TOTAL	100%	\$3.893.000

- Autorizo a la Subred Integrada de servicios de Salud Sur Occidente ESE, consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 004500148749 del Banco DAVIVIENDA

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2017		X
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT (\$41.650.200)		X

Cordialmente

YORMARY DIAZ RUIZ

Cédula: 52,054,866

E- MAIL: ydiaz@hospitalfontibon.gov.co

3112270061

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
 Fecha de aprobación: 03/04/2017
 Código: 04-02-FU-0003



Ubicación del Servicio:		CAPS ZONA FRANCA		Sede: FONTIBÓN	
No. DE CONTRATO:	2230-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ		1	4	2018
			a	30	4
			C. C.	52.054.866	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 Odontopediatra de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐		Servicios: SI ☒ NO ☐	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Odontopediatría elaboración de historia clínica y examen en odontopediatría de cada paciente integral. Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de odontopediatría, solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario.	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatría elaboración de historia clínica y examen de odontopediatría de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Odontopediatría.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoración y entrega de referencia para autorización en su eps.
Atender a los usuarios y ordenar análisis y exámenes de laboratorio y estudio de resultados. Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	si	Si se atendió y se ordenó análisis y exámenes de laboratorio y estudio de resultados. Se realizó la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, educación en salud, restauraciones para su tratamiento.	Historia clínica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografías periapicales.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente. Se tomó radiografías periapicales.	Historias clínicas diligenciadas con completitud, pertinencia, y lectura de rx periapicales
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución. Realizar notificación de eventos de interés en salud pública, así como los eventos adversos presentados en el servicio	si	Si cumplió con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favoreció el proceso de acreditación al interior de la institución. Se realizó notificación de eventos de interés en salud pública, así como los eventos adversos presentados en el servicio	Participa en reunión servicio de odontología, y capacite en Manejo del comportamiento, reporte de seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditación en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditación en salud del hospital. Ejecutó las actividades según criterio de auto control	Conversatorio 10 de abril, reunión ult 24 de abril
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y responder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión del hospital e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	si	Se realiza informes mensuales de gestión, se vigila y respondió por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Si se mantuvo, desarrollo e implementa la visión y la misión del hospital e impulso y promoción de portafolio de servicios	Diligenciamiento del siso y envío referente de odontología
Vigilar el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	si	Se vigiló el correcto uso y mantenimiento del equipo y los elementos a su cargo.	Reportes de anomalías en equipos a para su revisión y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institución	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los	si	Atendí paciente con factura y escogí el ingreso adecuado en el sistema	100% de atención de pacientes con factura
Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública del Hospital	si	realizo notificaciones de vigilancia cuando es evidenciado.	
Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados.	si	Respondo por el buen manejo de todos los equipos que uso y elementos de trabajo	
Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia.	si	Verificación de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomédicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clínica de la carga y el lote esterilización con el cual se atiende cada paciente en consulta
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.	si	Correcto uso de los implementos de identificación en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atención de pacientes	Disminuir riesgos de contaminación cruzada en consulta y correcta identificación del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.993.000 PESOS M/CTE = TRES MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE.

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YORMARY DIAZ RUIZ CC52.054.866

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

Planilla No. 7377460

Planilla No. 7377460

DETALLE DE LOS APORTES:

AGADO

TOTALES:

FEDERAL RESERVE BANK OF NEW YORK
 100 WALL STREET
 NEW YORK, N.Y. 10038
 (212) 876 3400
 www.frbny.org