14051.

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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

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:					FONTIBON							
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	%	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		1					
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/18	NÚMERO DE CRP	10423	FECHA	31/01/2018.				
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	2	2018		28	2	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.915.900										
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	$3.915.900
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.915.900
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8.244.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	32%

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 **$1.844.293**, 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
7247518	$1.566.360,00	$195.800	$250.618	0	FALSO	**$446.418**

Dado en Bogotá a FEBRERO el año (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YORMARY DIAZ RUIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Bogota D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO
1

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 FEBRERO
Según Orden de Prestación de Servicios CPS N. 2230-2018
Horas contratadas 171horas
Valor hora $22,900
Valor Total $3915900

TOTAL: TRES MILLONES NOVECIENTOS QUINCEMIL NOVECIENTOS PESOS MDA MCTE

TOTAL: $3.915.900

CENTRO DE COSTO	PORCETANJE %	VALOR
E02	100%	$3.915.900
TOTAL	100%	$3.915.900

- **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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ODONTOLOGIA					**Sede:** CAPS ZONA FRANCA FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	SO-2414	**Periodo certificado desde el**				Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ					**C. C.**		52.054.866		**DE**	BOGOTA	

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 __X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Odontopediatria elaboración de historia clinica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de odontopedi , solicitar examenes paraclínicos en caso necesario.	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatira elaboración de historia clinica y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuó tratamientos en Odontopediatria .	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoracion y entrega de referencia para autorizacion en su eps
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes 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 analisis y examenes de laboratorio y se estudio los resultados. Se realizó la evaluacion de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral como control de placa, fluor en barniz, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Historia clinica donde se evidencia la educacion a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografias penapicales.	si	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente. Se tomó radiografias periapicales.	Historias clinicas diligenciadas con completitud , pertinencia, y lectura de rx penapicales
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual, de tal manera que favorezca el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi 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 favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia y capacite en Manejo del comportamiento,reportea seguridad de paciente susesos de seguridad
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	reunion 2 de febrero acreditación odontologia
Realizar informes mensuales de gestión, vigilar y resoponder 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 promosionar 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 envio referente de odontologia
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 anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los	si	Atendi paciente con factura y escogi el ingreso adecuado en el sistema	100% de atencion 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	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia clinica de la carga y el lote esterilizacion 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 identificacion en el CAPS y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3,915,900PESOS M/CTE = TRES MILLONES NOVECIENTOS QUINCEMIL NOVECIENTOSL PESOS M/CTE.

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YORMARY DIAZ RUIZ CC52,054,866

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. **7247518**

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identific.	Número Identificación	Nombre o Razón Social	Sucursal / Dependencia	Salud	Pensiones, Riesgos, CCF, SENA, ICBF	Tipo Empresa	Clase	Código ARP	Exento Parafisc.	Beneficia. Cajas
CC	52054866	Yormary Diaz Ruiz	Principal	2018-02	2018-02	PRIVADO	I		NO	N/A

Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Cod	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	Total IBC	Total Cotizantes	Fecha Pago	No. Radicación
cra 81Bnro 19B -80 T21	PUERTO ASIS	568	PUTUMAYO		4828421	3132822426	yorto14@hotmail.com	8622	446500	1	2018-02-02	311784010

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado								Novedades	Días Cot.	Valor IBC					Liquidación de Aportes								
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación F.	ING RET TDAE TDAP TVSP VSTE VSLN LMAE AVAC AVPT AFP APSP ACF		Salario Básico	IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aporte Pensión	Aporte Salud	Aporte Riesgos	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	MINEDU	TOTAL
CC	52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	COLPENSIONES	COOMEVA S A EPS		3		30 30 0 0		1,566,360	1,566,360	1,566,360	0	0	250,700	195,800	0	0	0	0	0	0	446500

TOTALES:

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA NI DESCUENTOS
1,566,360.00	1,566,360.00	0.00	0.00	250,700.00	195,800.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	446,500.00

PAGADO
FEDECAJAS