

 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	 ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>Alcalde Mayor: Juan Manuel Santoferrí</small>
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			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:								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	%	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				4	
NÚMERO DE CDP		803	FECHA	18/04/18	NÚMERO DE CRP			21543	FECHA	30/04/18			
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	5	2018		31	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.526.600									
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:	\$16.213.200
VALOR EJECUTADO	\$14.816.300
	\$3.526.600
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.396.900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	91%

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 \$1,953,105, 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
7448683	\$1.566.360,00	\$195.800	\$250.700	0	0	\$443.802

 LILIANA CASTIBLANCO MOSOS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:	 YORMARY DIAZ RUIZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
---	---

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: U4-U2-FU-0003



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA	Sede:	FONTIBON
No. DE CONTRATO:	2230-2018	Periodo certificado desde el	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ		
		Día	Mes
		1	5
		Año	2018
		a	
		Día	31
		Mes	5
		Año	2018
		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 se estudio los 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 seguridad de paciente sucesos 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 08 de mayo, ULC 28 de mayo
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	Atendi paciente con factura y escogi 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 biomedicos 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): \$3.526.000 PESOS M/CTE = Tres millones quinientos veinte y seis mil pesos mda mcte PESOS M/CTE.

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

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

CENTRO DE ATENCION:CAPS ZONA FRANCA		SUB RED SUR OCCIDENTE		PROGRAMACION AGENDAS		AÑO: 2018		MES:MAYO		
PERFIL	No CONSULTORIO	NOMBRE COLABORADOR	CODIGO DEL PROFESIONAL	HORAS CONTRATADAS MES	HORAS AGENDA	HORAS OTRAS ACTIVIDADES	% DE HORAS EN OTRAS ACTIVIDADES	ESTANDAR DEL SERVICIO	No CONSULTAS OFERTADAS MES	OBSERVACIONES
MEDICO ODONTOPEDIATRIA A	207 - 4 UNIDAD (3017)	DRA. YORMARY DIAZ RUIZ CC: 52054866	00459	154	150	4	2,6%	3	450	CONSULTA CADA 20 MIN
DIAS	M	M	M	M	M	M	M	M	M	
HORARIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6:20 - 7	0,7	0,7					0,7	0,7	0,7	0,7
7 - 8	1	1					1	1	1	1
8 - 9	1	1					1	1	1	1
9 - 10	1	1					1	1	1	1
10 - 11	1	1					1	1	1	1
11 - 12	1	1					1	1	1	1
12 - 12:40	0,7	0,7					0,7	0,7	0,7	0,7
12:40-13										
13 - 14	1	1					1	1	1	1
14-15	1	1					1	1	1	1
15-15:40	0,7	0,7					0,7	0,7	0,7	0,7
15:40 - 16										
16 - 16:40										
17 - 18										
TOTAL	0	0	9	9	0	0	9	9	9	9
										150

[Handwritten signature]

\$ 22.900

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No. 7448683

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identif.	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	2018-05	2018-05	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	2018-05-02	333559549

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado				Novedades				Valor IBC										Liquidación de Aportes																											
Tipo		Número de Id. Identif.		Apellidos y Nombres		AFP		EPS		ARL		Clase de Riesgo		Caja de Compensación F.		Días Cot.										Valor IBC										Liquidación de Aportes									