DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

HOSPITAL MENTAL
Rudesindo Soto

NO.	
FECHA DE EXPEDICIÓN	
2/06/2023	
ESE HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO	
NIT: 890.500.810-4	
CALLE 22 AV 19A Y 19B BARRIO SAN JOSE-CUCUTA	
Regimen comun	
Resolucion Documento Soporte N° 18764030554743 del 28/06/2022 Del 1387 al 5000	

Apellidos y nombres del beneficiario	**Identificación Tributaria (NIT)**	**Regimen**
EUDERRUH UZCATEGUI PINTO	C,C,1094664341	simplificado
Dirección	**Teléfono**	**Ciudad - Departamento**
		CUCUTA- NORTE DE SANTANDER

Por concepto de	**Valor**
Prestacion de servicios como PSIQUIATRA durante el PERIODO DEL MES DE MAYO 2023; según contrato #010	$ 12.000.000
	TOTAL: 12.000.000

Valor en letras: DOCE MILLONES DE PESOS

NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA BANCARIA CTA AHORROS BANCO DAVIVIENDA,

Firma del Beneficiario:	**Aceptada por:**
EUDERRUH UZCATEGUI PINTO	E.S.E. HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO
C.C # 1094664341	NIT: 890.500.810-4

CUCUTA, 02 DE JUNIO DEL 2023

DOCTOR
JULIAN TORO GARCIA
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD
E.S.E HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

ASUNTO: INFORME ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL MES DE MAYO DEL 2023

CORDIAL SALUDO:

Por medio de la presente me permito presentarle las actividades realizadas durante el periodo del mes de MAYO del 2023 en los servicios asignados; De acuerdo a lo estipulado en el contrato No. 010 del 2023 cuyo objeto es la prestación de servicios como PSIQUIATRA:

1. ATENDI PACIENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
2. ATENDI PACIENTES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACION
3. ATENDI Y EVOLUCIONE PACIENTES EN CADA HISTORIA CLINICA EN EL SERVICIO DE CUIDADOS CRONICOS
4. ATENDI PACIENTES SEGÚN AGENDA PORGRAMADAS DURANTE EL MES DE FEBRERO EN CONSULTA EXTERNA.
5. REALICE LOS TURNOS DE DISPONIBILIAD Y FINES DE SEMANA EN EL MES
6. ATENDI USUARIOS DEL PROGRAMA EN LA CONSULTA EXTERNA INFANTO JUVENIL
7. REALICE SUPERVISION ACEPTACION DE REMISIONES
8. REALICE INGRESOS EN SOC
9. REALICE INGRESOS EN HOSPITALIZACION (SERVICIO HOMBRES Y MUJERES)
10. REALICE ATENCION A PACIENTES DE LA OIM EN CONSULTA EXTERNA

ATENTAMENTE:

EUDERRUH UZCATEGUI PINTO
CC 1094664341

JULIAN TORO GARCIA
Subgerencia de Salud
E.S.E.M.R.S.

	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO NIT 890500810-4	
	PLANEACION ESTRATEGICA	
	INFORME DE SUPERVISION DE EJECUCION DE CONTRATOS	pag 1 de 1

El suscrito supervisor del presente contrato informa que realizado el seguimiento al mismo encontre:

GENERALIDADES DEL CONTRATO			
CONTRATO No.	10		
TIPO DE CONTRATO	Prestacion de Servicios Profesionales como Medico Especialista en Psiquiatria		
CONTRATISTA	Euderruh Uzcategui Pinto		
DOCUMENTO IDENTIFICACION	1.094.664.341		
NIT:	890500810-4		
OBJETO:	CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO		
REGISTRO PRESUPUESTAL			
VALOR CONTRATO:	$		84.000.000,00
DURACION DEL CONTRATO	06 MESE Y 28 DIAS		
SUPERVISOR DEL CONTRATO	SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD		
APROBACION DE POLIZA		**FECHA**	5-ene-23
FECHA ACTA DE INICIO	5-ene-23		
MODIFICACIONES, ADICIONES O PRÓRROGAS		SI APLICA: _____	NO APLICA:___X___
SUSPENSIONES Y REINICIOS		SI APLICA: _____	NO APLICA:___X___

ASPECTOS FINANCIEROS				
CONCEPTO	**# DE CUENTA**	**% EJECUTADO**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR MES EJECUTADO**
PRIMER DESEMBOLSO	1	14%	1-feb-23	$ 12.000.000,00
SEGUNDO DESEMBOLSO	2	14%	1-mar-23	$ 12.000.000,00
TERCER DESEMBOLSO	3	14%	31-mar-23	$ 12.000.000,00
CUARTO DESEMBOLSO	4	14%	2-may-23	$ 12.000.000,00
QUINTO DESEMBOLSO	5	14%	2-jun-23	$ 12.000.000,00
TOTAL DESEMBOLSOS A LA FECHA DEL INFORME				$ 60.000.000,00
% AVANCE DEL CONTRATO A LA FECHA				**70%**
% RECURSOS EJECUTADOS				**70,00%**

INFORME DE CUMPLIMIENTO CONTRATO

VER INFORME ACTIVIDADES ANEXO

APORTES SEGURIDAD SOCIAL					
PERIODO COTIZADO	**MAYO**	**ENTIDAD APORTE LINEA**	**EFECTIVO**	**N° PLANILLA**	**1094664341**
FECHA PAGO	**29/05/2023**	**SOI**	**DAVIVIENDA**	**IBC**	
APORTE		**ENTIDAD**	**VALOR**		
SALUD		**NUEVA EPS**	$ 600.000		
PENSION		**COLPENSIONES**	$ 816.000		
ARL		**SURA**	$ 117.000		
TOTAL APORTE			**$ 1.533.000,0**		

SUPERVISOR:	**CONTRATISTA**
SUBGERENTE DE SERVICIOS DE SALUD	
JULIAN TORO GARCIA Subgerencia de Salud H.M.R.S.	
JULIAN TORO	**EUDERRUH UZCATEGUI**
SUBGERENTE DE SERVICIOS SALUD	**PSIQUIATRA**

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14469247636

(415)7707212489984(8020) 000001446924763 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 0 0 1 8 4 3 3 8	2	Impuestos de Cúcuta 7	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 9 4 6 6 4 3 4 1	2 0 1 8 0 2 1 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Labateca 3 7 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
UZCATEGUI	PINTO	EUDERRUH	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

41. Dirección principal
CL 7 9 E 96 ED LA TOSCANA P 3 AP 302 BRR COLSAG

42. Correo electrónico euzcat@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 3 9 0 6 4 8 8	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 2 1	2 0 1 7 1 2 1 5							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2018 - 05 - 23

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre TRUJILLO MUÑOZ EMILSE
985. Cargo Gestor I

Fecha generación documento PDF: 15-09-2022 11:27:16AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

HOSPITAL MENTAL RUDESINDO SOTO

NIT: 890500810-4

REGISTRO PRESUPUESTAL No. 00 0012

FECHA ENE-03/2023

A FAVOR DE UZCATEGUI PINTO EUDERRUH NIT 1094864341

COMPROMISO CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSIQUIATRA 8 HORAS

DISPONIBILIDAD 00 0051 - ENE-02/2023

No.CONTRATO CPS - 010 TIPO CONTRATO PRESTAC. DE SERVICIOS Duración 6 M 28DIAS

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS

RUBRO	DESCRIPCION	VALOR
2.4.5.02.08.02	HONORARIOS Y SERVICIOS ASISTENCIALES	84,000,000.00
		84,000,000.00

VIGENCIA ACTUAL

VALOR OCHENTA Y CUATRO MILLONES DE PESOS

MIGUEL ALEXANDER NOGUERA QUINTERO
Subgerente Administrativo

ALEXANDER ZAFRA LEPINEUZ
Profesional Especializado

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1094664341
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EUDERRUH UZCATEGUI PINTO
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 7 # 9E - 96	TELÉFONO:	7500000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7879221031**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	mayo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/05/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		2102355807

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 816.000
SUBTOTAL:			1	**$ 816.000**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 600.000
SUBTOTAL:			1	**$ 600.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 117.000
SUBTOTAL:			1	**$ 117.000**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.533.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.533.000**

IPS FIGURAS SST CUCUTA S.A.S

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

IPS FIGURAS SST CUCUTA S.A.S

NIT. 900253624-6

Calle 21 A # 0B-122 Barrio Blanco - Cúcuta, Colombia
Cel. 315 852 5385 - Tel. 5710828
E-mail. ipsfigurascucuta@gmail.com

VIGILADO Supersalud



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 17.466

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
14 DÍA	01 MES	2023 AÑO	CÚCUTA (NORTE DE SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN OSTEOMUSCULAR

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

CC . - PARTICULARES	PARTICULARES DE CONTADO
Nombre de la empresa	Empresa en misión

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

UZCATEGUI PINTO EUDERRUH	Genero	Edad	Teléfono		Documento de Identificación
	FEMENINO	62 AÑOS 4 MESES 25 DÍAS	3043906488	CC	1094664341
Apellidos y Nombres				Tipo	Número

Cargo
MEDICO

Eps **NUEVA EPS** Áfp **COLPENSIONES** Arl **SURA** Grupo Sanguineo **O +**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) **N/A**

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	HÁBITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	CAPACITACIÓN SOBRE RIESGO ERGONÓMICO, RIESGO PÚBLICO Y TRABAJO SEGURO	FOMENTAR EL AUTOCUIDADO
	APLICACIÓN DE NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

HOY ASINTOMATICO RESPIRATORIO SIN SOSPECHA PARA COVID19. LA AUSENCIA DE SIGNOS O SINTOMAS NO GARANTIZA QUE EN EL FUTURO PUEDA TENER CONTAGIO. POR LO QUE SI LLEGASE A PRESENTAR MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS AL EVENTO MENCIONADO DEBE CONSULTAR SU EPS POR PANDEMIA COVID19 SE SUGIERE TRABAJAR CON MÁXIMO DISTANCIAMIENTO SOCIAL DE 2 METROS. LAVADO DE MANOS FRECUENTE Y RIGUROSO CADA HORA + EVITAR TOCARSE LA CARA + USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL, ASISTIR CONTROLES POR SU EPS.

- ACTUALIZAR ESQUEMA DE VACUNACION DE ACUERDO A LOS NUEVOS LINEAMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA Y ASISTIR CONTROLES POR PROMOCION Y PREVENCION EN SU EPS

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico **Aspirante o Trabajador**

Dr. William Barbosa
Médico General
R.M. 3861
Esp. Salud Ocupacional
Reg. 0216 - C.C. 13.473.959

Firma:		**Firma:**	
Nombre:	BARBOSA MERCADO WILLIAM	**Nombre:**	UZCATEGUI PINTO EUDERRUH
R. M.:	3861 **L.S.O.:** 216	**CC:**	1094664341