

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA

EJERCITO NACIONAL

DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO
INFORME DE GESTIÓN

25. CONTRATISTA	<p>Nombre completo: YENY XIOMARA MORENO HERNANDEZ Identificación: C.C. N° 52964139 Nacionalidad: colombiana Dirección – ciudad de residencia: Calle 166 #9-70 Torre 2 Apto 901, Bogotá. Teléfono de contacto: 311- 5055543 E-mail de contacto: yeximo@hotmail.com</p>
26. SUPERVISOR	<p>Nombre completo: TE. RAMIREZ LOPEZ FABIAN Cargo: COORDINADOR DE FICHAS MEDICAS Resolución de nombramiento 001 del 02 de enero 2020.</p>
27. No. DEL CONTRATO – FECHA DE SUSCRIPCIÓN	<p>No. Del contrato: 055-DIGSA/DISAN-EJC-2020 Fecha de suscripción: 08 de Enero 2020</p>
28. OBJETO CONTRACTUAL	<p>Prestación de servicios como ODONTOLOGA para la Dirección de Sanidad Ejercito-Área de Medicina Laboral.</p>
29. PÓLIZA DE GARANTÍA ÚNICA	<p>No. De póliza: 14-46-101036060 Aseguradora: Seguros del Estado S.A. Fecha acta aprobación: 13/01/2020 Aprobado por : Director Sanidad Ejercito - Ordenador del Gasto</p>
30. CRP	<p>No. CRP: 11320 Fecha expedición: 16/01/2020 Unidad/Sub-unidad ejecutora: DIRECCION DE SANIDAD EJERCITO Dependencia: MEDICINA LABORAL Posición catálogo de gasto: A-02-02-02-009-003-01 SERVICIO DE SALUD HUMANA Fuente: Nación Recurso: 16 Valor: \$18.522.504</p>
31. VALOR DEL CONTRATO	<p>Valor total: \$18.522.504 Valor autorizado a pagar: \$1.683.864</p>
32. OBLIGACIONES CONTRACTUALES	<ol style="list-style-type: none"> 58. Realizar un examen completo con miras a establecer patologías orales. 59. Evaluar disfunciones de la articulación temporo-mandibular. 60. Definir si se encuentra en tratamiento odontológica o por cualquier especialidad odontológica. 61. Diligenciar en su totalidad el formato odontológico pre establecido en la ficha medica unificada. 62. No omitir información en la historia clínica. 63. Determinar con claridad los antecedentes clinicos del evaluado. 64. Comunicar inmediatamente al Supervisor del contrato, la ocurrencia de cualquier evento adverso que se presente en el desarrollo de prestación del servicio objeto de este contrato. 65. Las demás que deriven del normal desarrollo del objeto del presente contrato. 66. Asistir a reuniones programadas, seminarios y eventos de salud notificados por la Dirección de Sanidad Militar, Dirección de Sanidad Ejercito, BASAN según necesidades del servicio. 67. Realizar actividades de promoción y prevención. 68. De acuerdo al instructivo Formato de productividad remitido por la Dirección de Sanidad Ejercito literal 3.8 y 3.9 las inasistencias del personal de usuarios deben ser compensadas con extras. 69. Presentar al supervisor del contrato dentro de los cinco (5) días hábiles anteriores a la fecha de terminación del contrato un informe consolidado sobre todas las actividades desarrolladas durante el termino de ejecución. 70. Responder por los inventarios entregados por el almacenista según programa SICMA de acuerdo a asignación de cada consultorio. 71. Brindar atención a cuarenta (40) pacientes diarios de acuerdo a la planilla de asignación por el supervisor del contrato. 72. Guardar la debida reserva, incluso después de dejar la prestación de sus servicios. 73. Estar afiliado y realizar los pagos mensuales al sistema integrado de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales. 74. De conformidad con el Decreto 2609 de 2012, Artículo 3 el contratista será responsable por la gestión documental de las actividades realizadas durante la ejecución del contrato. 75. Ejecutar el objeto del contrato con calidad, oportunidad y eficiencia. 76. El contratista debe custodiar y a la terminación del presente contrato devolver los insumos, suministros, herramientas y/o materiales que sean puestos a su disposición para la prestación del servicio objeto de este contrato.



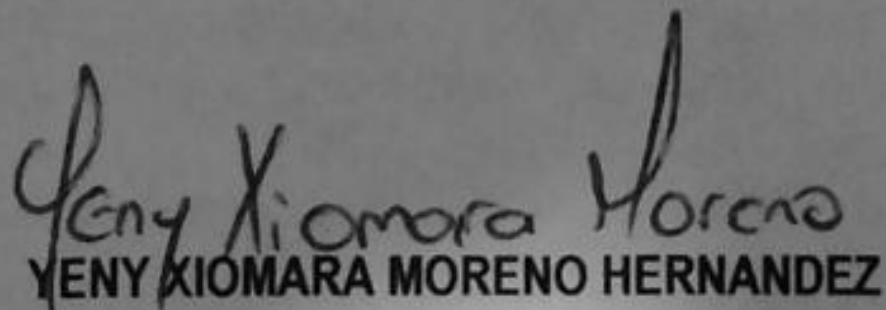
Patria, Honor, Lealtad
"Dios en todas nuestras actuaciones"
Fe en la causa



4. DOCUMENTOS QUE SOPORTAN LA OBLIGACIÓN	OBLIGACIONES	Nº RADICADO	DESCRIPCION	FECHA RADICADO
	1.	Realizar un examen completo con miras a establecer patologías orales.	Se realizó un examen detallado de la cavidad oral de cada paciente.	JULIO 2020
	2.	Evaluar disfunciones de la articulación temporo-mandibular.	Se realizó examen en la zona de la articulación temporo mandibular y se consigna en la ficha medica los hallazgos y lo que refiere.	JULIO 2020
	4.	Diligenciar en su totalidad el formato odontológico pre establecido en la ficha medica unificada.	Se realizó un examen de tejidos blandos y de los tejidos duros del paciente para consignarlos en la ficha médica.	JULIO 2020
	10.	Realizar actividades de promoción y prevención.	Durante la consulta se le brindan instrucciones a los pacientes de las actividades que deben realizar para mantener y promover buenos hábitos de higiene oral y autocuidado.	JULIO 2020
	16.	Estar afiliado y realizar los pagos mensuales al sistema integrado de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales.	Se realizó el pago oportuno de los aportes respectivos a la eps, arl y fondo de pensiones.	JULIO 2020
	18.	Se ejecuta el objeto del contrato con calidad, oportunidad y eficiencia.	Se realizaron los exámenes detallados a los usuarios brindando una atención de calidad, respetando la asignación de citas diarias y alcanzando los mejores resultados con los recursos disponibles.	JULIO 2020

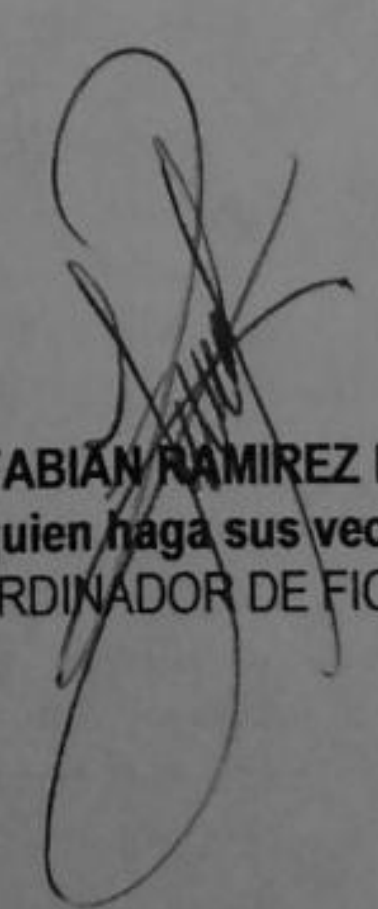
Para constancia se firma en Bogotá D.C., en el mes de JULIO de 2020.

CONTRATISTA


YENY XIOMARA MORENO HERNANDEZ

C.C. No.52.964.139 DE BOGOTA

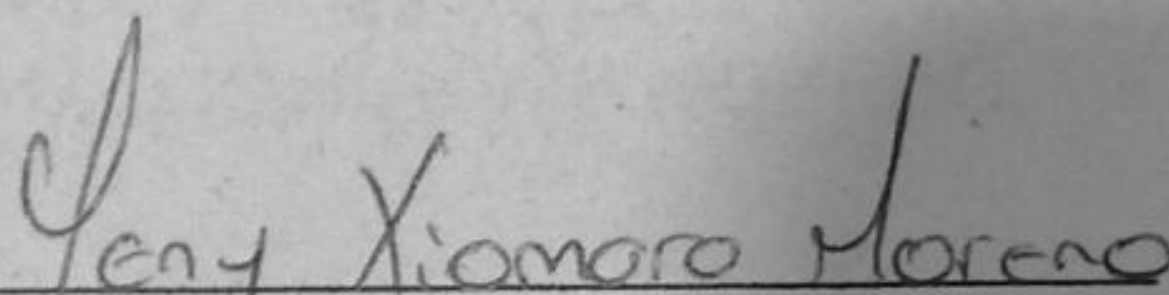
SUPERVISOR


TE. FABIÁN RAMÍREZ LOPEZ
y/o quien haga sus veces
COORDINADOR DE FICHAS MEDICAS

Bogotá, julio de 2020

Señores
DIRECCION DE SANIDAD EJÉRCITO
Ciudad Bogotá.

Yo **YENY XIOMARA MORENO HERNANDEZ** identificado (a) con cedula de ciudadanía No. **52.964.139** de Bogotá D.C. certificó que los aportes realizados correspondientes al mes de junio de 2020 a salud, Pensión y ARL voluntaria, **SI ()** **NO (X)**, han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones.

Firma 
Nombre: **YENY XIOMARA MORENO HERNANDEZ.**
C.C. No.52.964.139 de Bogotá D.C

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-06	Y	07/07/2020	43563680	\$277.000	

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	880056942-7	109,800	0		0		0	0	0	0	109,800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140,500	0	0	0	0	0	0		140,500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	21,400				21,400	0	0	21,400			214	21,400	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	5,300	0	0	5,300

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliado
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109,800	109,800
Pensión	1	140,500	140,500
Riesgos Laborales	1	21,400	21,400
CCF	1	5,300	5,300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	277,000	277,000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARA FISCALES Y SALUD
CC	52864139	YENY XIMARA MORENO HERNANDEZ	CALLE 166 NO 9-70 T2 AP 801	7111111	yximmo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	NO
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					
2020-08	2020-08	1	07/07/2020	43553680		\$277,000

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE													INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSION					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
No. Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres											Defensa	Subtipo	Exonerado	Colón, exterior	Exonerado	RS	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI	RSI