| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Yormary Diaz Ruiz | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 52054866 | |
| CORREO ELECTRONICO: | yorto14@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3112270061 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | S ORAL ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA USS TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE13E02 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4500148749 | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 679 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1638 | FECHA | 2025-08-14 16:23:59.000 | NÚMERO DE CRP | 34604 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA - ODONTOLOGO ODONTOPEDIATRA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2025-08-01 | | 2025-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $6,146,910 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | N/A | | | | |

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: | $49,175,280 |
| VALOR EJECUTADO | $43,028,370 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,146,910 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6,146,910 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 88% |

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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7978591951 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 5 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Atender consulta especializada programada y de urgencias de Odontopediatría | atender consulta programada y de urgencias | se atendio la consutla progrmaa de odontologia especializada y de urgencias |
| Realizar la valoración y examen de Odontopediatría y registrar en la historia clínica el diagnóstico, plan de tratamiento y evolución de cada sesión. | Se realiza valoración y examen de odontopediatría, registra en historia clínica | Se relazo volaracion, y se registra hisotria clinica , plan de tratamiento y evolucion en cada conuslt aprogramda |
| Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999 | Se diligencia de manera completa , legible historia dando cumplimiento a la resolución | Se diligencia de manera completa , legible historia clinica dando cumplimiento a la resolución |
| Solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario | solicita examen paraclínicos si es caso | Se solicita examen paraclínicos si es caso |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Se cumple con las normas y procedimientos establecidos | Se cumplió con todas las normas y Manueles establecidos |
| Contribuir en la evaluación de actividades de impacto en la prestación de servicios de salud oral. | Se da cumplimiento con normas procedimiento y manuales establecidos | Se da cumplimiento con normas procedimiento y manuales establecido |
| Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente | Se realiza los formatos de sistemas de salud en el sistema | Se registra actividades a +cada paciente en formato |
| Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan | Se realiza referencia y contra referencia si es necesario según paciente que lo requerie | Se diligencia formato de referencia y contrarreferencia si lo requiere el paciente |
| Realizar el informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área | Se registra las actividades diarias para el consolidado al mes | Se lleva un formato SSO, donde se registra actividades, numero de factura e identificación del paciente |
| Apoyar los procesos de facturación de los servicios que preste y responder por las glosas generadas por errores en los procedimientos establecidos. | se realizan actividades que sean asignadas por el supervisor de contrato | Acato todas las demás actividades asignadas `por el supervisor del contrato según el objeto |
| Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | Se implanta las acciones de mejora propuestas por el supervisor | Se acatan las mejoras por parte del supervisor del contrato |
| Implementar las acciones de mejora propuestas por el Supervisor del contrato. | e realizan las notificaciones de sivigila | Se diligencias los formatos de sivigila si el paciente lo requiere |
| Vigilar el cumplimiento de las normas sobre notificación obligatoria de enfermedades y remitir las respectivas notificaciones al área de salud pública de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Se apoya los servicios del centro y se atiende las indicaciones del supervisor del contrato | Apoye la prestacion de servicio del centro de atencion y atiendo las indicaciones del supervisor del contrato |
| Apoyar la prestación de servicios del Centro de Atención y atender las indicaciones del Supervisor del contrato | Realizo registros clinicos y me adhiero a l sistematizacion de la historia clinica | poyar la prestación de servicios del Centro de Atención y atender las indicaciones del Supervisor del contrato. Realizo registros clinicos y me adhiero a l sistematización de la historia clínica Realizo todos los registros y me adhiero al sistema de la historia clínica |
| Realizar los registros clínicos y administrativos establecidos en la Institución, adhiriéndose a la sistematización de la Historia Clínica | Respondo por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo | Cuido y superviso el mantenimiento de los elementos de trabajo asignados |
| Responder por el buen estado y mantenimiento de los elementos de trabajo asignados. M | Mantener en completo orden y aseo el instrumental y equipo de trabajo | Mantengo en buen aseo y orden el equipo teniendo en cuenta la tecnica de asepsia |
| Mantener en completo orden y aseo el Instrumental y equipo teniendo en cuenta la técnica de asepsia. | Realizar las acciones que garenticen la cadena de custodia en casos específicos | Garantizar la cadena de custopdia en caso que se requiera |
| Realizar las acciones que garanticen la cadena de custodia en los casos en que se requieran. | Participe activmamente en el control de infecciones intrhospitalarias y eventos adversos | Registrar activmaente el control de infecciones intrahospitalarias y eventops adversos |
| Participar activamente en el control de Infecciones Intrahospitalarias y eventos adversos. | Mantener un clima laboral favorable entre paciente familiares y compañeros | Establecer buena comunicación asertiva entre paciente familiares y equipo de trabajo |
| Propender por el clima laboral favorable con su paciente y familia, compañeros, superiores y demás miembros del equipo de salud. | Mantener un clima laboral favorable entre paciente familiares y compañeros | Establecer buena comunicación asertiva entre paciente familiares y equipo de trabajo |
| Las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato que sean afines a su perfil. | Actividades que sena asignadas por el supervisor del contrato | Acatar las demás actividades asignadas por el supervisor del contrato |
| Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el área donde presten el servicio | Registra el siso diario para el informe mensual | Se anexa mensual a la cuenta de cobro actividades realizadas en el mes |
| Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional | Correcto uso de los implementos de identificación en el hospital y barreras de bioseguridad en la atenciones pacientes | Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en la conslta y el correcto identificacion el profesional |
| Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. | Utilizar adecuadamente la bata | Utilizó adecuadamente la bata y carnet |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente, | Entregar certificado de afiliación y pago de la seguridad social | afiliación a seguridad y su pago |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

LARITZA JASMELA ESCARRAGA BUSTOS
1012323609
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52054866 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YORMARY DIAZ RUIZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 23A 59 72 | TELÉFONO: | 4228552 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7978591951** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio | AÑO | 2025 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio | AÑO | 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/08/11 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1693737695 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 393.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 393.500 | $ 0 | $ 393.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 393.500** | **$ 0** | **$ 393.500** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 307.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 307.400 | $ 0 | $ 0 | $ 307.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 307.400** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 307.400** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 59.900 | $ 59.900 | $ 0 | $ 0 | $ 59.900 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 59.900** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 59.900** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52054866 | DIAZ RUIZ YORMARY | INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES | | $ 1.840.608 | | | | NO | | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.458.764 | $ 393.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 393.500 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 2.458.764 | $ 307.400 | $ 0 | $ 307.400 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 2.458.764 | 52054866 | $ 59.900 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 760.800**

DOCUMENTO EQUVALENTE NRO A FACTURA

LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

YORMARY DIAZ RUIZ

CC 52.054.866 DE BOGOTA

La suma de $ 6.146.910 (Seis millones ciento cuarenta y seis mil novecientos diez pesos ), por concepto de Prestación de Servicios como Odontopediatria en consulta externa, Centro de Atención Tintal. Durante el periodo de 01 a 31 agosto del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Nro. **679-2025**

