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	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39335	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA - ODONTOLOGO ODONTOPEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
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	$49,175,280
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,146,910
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
7982581367	$2,458,764	$307,346	$393,402	5	$59,895	$760,643

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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.	se 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	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 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:		**7982581367**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	agosto	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	agosto	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/09/01		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1742902058	

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 30 septiembre del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Nro. **679-2025**

