

 Secretaría 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	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.		52054866		
CORREO ELECTRONICO:				yorto14@hotmail.com				CELULAR:		3112270061	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				GESTION CLINICA AMBULATORIA				(UMHE PATIO BONITO TINTAL)			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				GESTION CLINICA AMBULATORIA (ODONTOPEDIATRIA)				SEDE:		KE11	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE11E02	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:		2253-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 3	
NÚMERO DE CDP	29	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	14408	FECHA	31/01/2020
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	2	2020		29	2	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$4.193.946						
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		\$0				

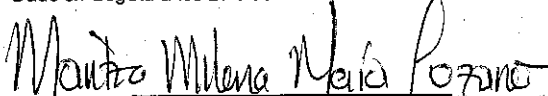
OBSERVACIONES: LA ARL LA PAGA LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIENTE.E.S.E (171 HORAS) VALOR HORA 24,526

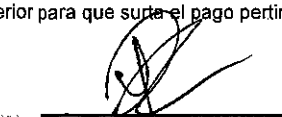
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****	\$13.685.508
VALOR EJECUTADO****	\$4.193.946
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4.193.946
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$9.491.562
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	31%

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 2,194,508 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
8608622	\$1.257.010,00	\$157.200	\$201.200	\$0	\$0	\$358.400

Dado en Bogotá a los 27 días del mes de Febrero del año DOS VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
 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: 04-02-PC-0003	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Ubicación del Servicio: UMHES PATIO BONITO TINTAL ODONTOPEDIATRÍA		Sede: UMHES PATIO BONITO TINTAL		
2253-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
		1	2	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YORMARY DIAZ RUIZ		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.	si	Si se atendió consulta especializada y urgencias en Odontopediatría elaboración de historia clínica y examen de odontopediatría de cada paciente integral.		Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoración y entrega de referencia para autorización en su eps.
Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de odontopediatría, solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario.	si	Se diagnosticó patologías y se efectuó tratamientos en Odontopediatría.		
Atender a los usuarios y ordenar análisis y exámenes de laboratorio y estudio de resultados.	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.
Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	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
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.		
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		Participo en reunión servicio de odontología, y capacite en Manejo del comportamiento, reportes seguridad de paciente sucesos de seguridad
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	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 biomédicos 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 UMHES 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:				
4.193.946		CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y TRES MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y SEIS PESOS MCTE		
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YORMARY DIAZ RUIZ CC52.054.866		Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>Martha Milena Mejía Lozano</i> Martha Milena Mejía Lozano		

RECAUDO INTEGRADO DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES

Planilla No 8608622

INFORMACION GENERAL DE LA PLANILLA:

Tipo Identificación	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	2020-01	2020-01	PRIVADO	I		NO	N/A
Dirección	Municipio	Cod	Departamento	Cod	Teléfono	Fax	Correo Electrónico	Actividad Económica	Total IBC	Total Cotizantes
cra 81Bno 19B -80 T21	PUERTO ASIS	568	PUTUMAYO		4828421	3132822426	yorto14@hotmail.com	8622	358400	1
									2020-01-07	5450009986

DETALLE DE LOS APORTES:

Datos del Afiliado		Novedades										Liquidación de Aportes									
Tipo Id.	Número Identif.	Apellidos y Nombres	COLPENSION ES	AFP	EPS	ARL	Clase de Riesgo	Caja de Compensación F.	RT	IT	VT	IV	VA	EA	AC	IA	EC	PC	PP	PS	PF
CC	52054866	DAZ RUIZ YORMARY			COOMEVA S.A. EPS		3														

TOTALES:

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	APORTES PENSION	APORTES SALUD	APORTES RIESGOS	APORTES CAJAS	APORTES SENA	APORTES ICBF	APORTES ESAP	APORTES MIN EDUCACION	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA NI DESCUENTOS
1.257.010,00	1.257.010,00	0,00	0,00	201.200,00	157.200,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	358.400,00