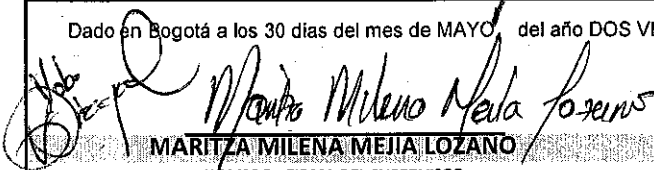
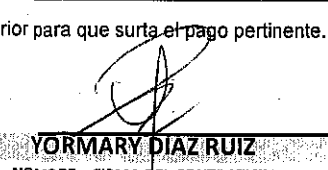
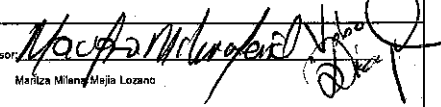


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YORMARY DIAZ RUIZ									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.			52054866			
CORREO ELECTRONICO:				yorto14@hotmail.com			CELULAR:			3112270081			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				GESTION CLINICA AMBULATORIA			(UMHE PATIO 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	%	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			4 de 4			
NÚMERO DE CDP		574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP			23112	FECHA	30/04/2020			
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	5	2020		31	5	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.795.964									
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 (114) VALOR HORA 24,526													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO										VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****										\$27.371.016			
VALOR EJECUTADO****										\$15.745.692			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$2.795.964			
VALOR A LIBERAR										\$0			
SALDO POR EJECUTAR										\$11.625.324			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										58%			
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:													
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> 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							
7748972497	\$1.648.148,00	\$206.100	\$263.800	4	\$0	\$469.900							
Dado en Bogotá a los 30 días del mes de MAYO 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															
Edición		04-02-10-2017															
																	
Ubicación del Servicio:	UMHES PATIO BONITO TINTAL ODONTOPEDIATRIA																
2253-2020	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>2.020</td> <td></td> <td>31</td> <td>5</td> <td>2.020</td> </tr> </table>		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	5	2.020		31	5	2.020
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año											
1	5	2.020		31	5	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	Se atendió c urgencias en Odontopediatría y odontología general, elaboración de historia de urgencia y examen de odontopediatría de cada paciente integral.	Atención de los pacientes de urgencias contingencia pandemia covid-19														
Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de odontopedi , solicitar exámenes paraclínicos en caso necesario	SI	Se diagnosticó patologías y se efectuó urgencias en Odontopediatría , y odontología general															
Atender a los usuarios y ordenar análisis y exámenes de laboratorio y estudio de resultados.	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 .	Atención de los pacientes de urgencias contingencia pandemia covid-19														
Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.	SI																
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografías periapicales.	SI	Se diligenció los sistemas de información en salud diariamente.	Historias de urgencia diligenciadas con completitud , pertinencia,														
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	Atendí 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 de urgencia de la carga y el foto 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: Dos millones setecientos noventa y cinco mil novecientos sesenta y cuatro																	
2.795.964																	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YORMARY DIAZ RUIZ CC52.054.866		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  Maritza Milena Mejía Lozano															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	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
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	7748972497		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/04/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	595185388	

LIQUIDACIÓN GENERAL					
				TOTALES	
				COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES		1	\$ 263.800
SUBTOTAL:				1	\$ 263.800
SALUD					
ADMINISTRADORA					
NIT	CÓDIGO	NOMBRE			
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.		1	\$ 206.100
SUBTOTAL:				1	\$ 206.100

TOTAL PAGADO:	\$ 469.900
----------------------	-------------------

[illegible][illegible][illegible]

TOTAL	\$ 469.90
-------	-----------