

 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 TESORERÍA		Versión	3	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Sistema de Contratación E.S.E.
			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		8 de 8	
NÚMERO DE CDP		1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP		35599	FECHA	30/08/2020		
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	9	2020		30	9	2020
VALOR/HONORARIOS MENSUALES:				\$4.856.148							
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 (198) VALOR HORA 24,526											

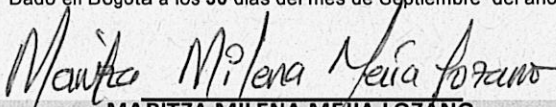
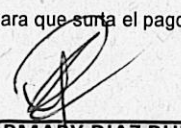
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****	\$32.423.372
VALOR EJECUTADO****	\$32.202.638
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$4.856.148
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$220.734
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

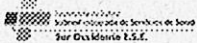
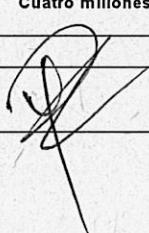
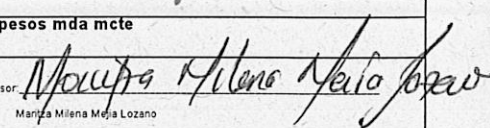
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
7760943710	\$1.677.578,00	\$209.700	\$268.500	4	\$0	\$478.200

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de Septiembre 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-FC-0003			
Ubicación del Servicio: UMHES PATIO BONITO TINTAL ODONTOPEDIATRIA		Sede: UMHES PATIO BONITO TINTAL		2253-2020		Periodo certificado desde el	
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. Diagnosticar patologías y efectuar tratamiento de odontopediatría, solicitar exámenes paraclínicos en caso de necesidad.		si		Si se atendió urgencias en Odontopediatría y odontología general, elaboración de historia de urgencia y examen de odontopediatría de cada paciente integral. Se diagnosticó patologías y se efectuó urgencias en Odontopediatría, y odontología general		Atención de los pacientes de urgencias contingencia pandemia covid-19	
Atender a los usuarios y ordenar análisis y exámenes de laboratorio y estudio de resultados. Contribuir en la evaluación de actividades e impacto de la prestación de los servicios de salud oral.		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.		Atención de los pacientes de urgencias contingencia pandemia covid-19	
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		Participe en reunión servicio de odontología, y capacite en Manejo del comportamiento, reporte 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 escogí 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 lote esterilización con el cual se atiende cada paciente en consulta.	
Uso adecuado del bata y came 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:							
4,856,148		Cuatro millones ochocientos cincuenta y seis mil ciento cuarenta y ocho pesos mda mcte					
				Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  Mariana Milena Mejía Lozano			

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

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:	7760943710	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD: 0
DÍAS DE MORA:	2020/08/10	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	707100134

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	\$ 268.500
SUBTOTAL:			1	\$ 268.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	\$ 209.700
SUBTOTAL:			1	\$ 209.700

TOTAL PAGADO:	\$ 478.200
----------------------	-------------------

[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE NRO A FACTURA

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

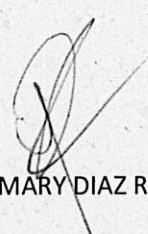
NIT: 900.959.048-4

DEBE A

YORMARY DIAZ RUIZ

CC 52.054.866 DE BOGOTA

La suma de \$4.856.148 (Cuatro millones ochocientos cincuenta y seis mil ciento cuarenta y ocho pesos mda cte.), por concepto de Prestación de Servicios como odontopediatría en consulta externa, USS Patio Bonito Tintal. Durante el periodo de 01 a 30 de Septiembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Nro. 2253-2020



YORMARY DIAZ RUIZ

CC 52.054.866 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004500148749

Inici - Internet Subred Interna
Correo Web de una mano sana
Editar
+

seccp.gov.co/CO1ContratManagement/Tendering/SalesContractEdit/View/docUniquedentificat=CO1SLCNTR-2494416

1 Inicio
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje
Recedición de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
SI
No

Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐ febrero2020 pdf	febrero2020 pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ marzo2020 pdf	marzo2020 pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ abril 2020 pdf	April 2020 pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ mayo2020 pdf	mayo2020 pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ junio-2020 pdf	junio-2020 pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ cia julio pdf	cia julio pdf	Proveedor	Descargar Detalle
☐ cia agosto pdf	cia agosto pdf	Proveedor	Descargar Detalle

Documentos de ejecución del contrato

Borrar
Cargar nuevo

Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal