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	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	%	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			11 de 11			
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP		53043	FECHA	30/11/2020		
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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.973.212									
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 (162) VALOR HORA 24,526

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:*****	$45.225.944
VALOR EJECUTADO****	$45.225.944
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.973.212
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 **2,194,508** 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
7770988224	$1.765.872,00	$220.800	$282.600	4		$503.400

Dado en Bogotá a los **31** dias del mes de Diciembre del año DOS VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YORMARY DIAZ RUIZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	UMHES PATIO BONITO TINTAL ODONTOPEDIATRIA				**Sede: UMHES PATIO BONITO TINTAL**					
2253-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
		1	12	2.020		31	12	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YORMARY DIAZ RUIZ	**C. C.**	52.054.866			**DE**	BOGOTA			

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 __X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Atender consulta especializada y urgencias en Odontopediatria elaboración de historia clinica y examen en odontopediatria de cada paciente integral. Diagnosticar patologias y efectuar tratameinto de odontopedi , solicitar examenes paraclinicos en caso necesario	si	Si se atendió c urgencias en Odontopediatria y odontologia general, elaboración de historia de urgencia y examen de odontopediatria de cada paciente integral. Se diagnosticó patologias y se efectuò urgencias en Odontopediatria , y odontologia general	Atención de los pacientes de urgencias contigencia pandemia covid-19
Atender a los usuarios y ordenar analisis y examenes 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 analisis y examenes 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, eduacion en salud, restauraciones para su tratamiento .	Atención de los pacientes de urgencias contigencia pandemia covid-19
Diligenciar los sistemas de información en salud diariamente. Tomar radiografias 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 acreditacion al interior de la institucion. Realizar notificación de eventos de interes en salud publica, asi 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 favorecio el proceso de acreditacion al interior de la institucion. Se realizó notificación de eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el servicio	Participe en reunion servicio de odontologia, y capacite en Manejo del comportamiento,reportea seguridad de paciente susesos de seguridad
Realizar informes mensuales de gestiòn, vigilar y resoponder por el adecuado y racional uso de los recursos asignados, su nivel de rotación e inventario. Mantener, desarrollar e implementar la visiòn y la misiòn del hospital e impulsar y promosionar 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 envio 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 anomalias en equipos a para su revision y mantenimiento.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución	si	Me adhiero a las Normas y procedimientos que tiene la institucion	
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 atencion 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	Verificacion de estado de asepsia del instrumental y los equipos biomedicos en uso a la auxiliar de consultorio encargada del mismo	Registro en historia de urgencia de la carga y el lote esterilizacion 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 identificacion en el UMHES y las barreras bioseguridad en la atencion de pacientes .	Disminuir riesgos de contaminacion cruzada en consulta y correcta identificacion del profesional por parte de los pacientes

OBSERVACIONES:

3.973.212 **Tres millones novecientos setenta y tres mil doscientos doce pesos mda cte.**

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

AURA ALEJANDRA MURCIA PEREZ (E)

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52054866
NOMBRE Ó RAZON 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:	7770988224		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES noviembre	AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre	AÑO 2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/11/24		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		809713894

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	$ 282.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 282.600	$ 0	$ 282.600
SUBTOTALES:										**$ 282.600**	**$ 0**	**$ 282.600**

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	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 220.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 220.800	$ 0	$ 0	$ 220.800
SUBTOTALES:													**$ 220.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 220.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD								ARP															
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																			CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
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	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 52054866	DIAZ RUIZ YORMARY	INDEPEND		$ 1.765.872				NO								01-30										25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.765.872	$ 282.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 282.600	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 1.765.872	$ 220.800	$ 0	$ 220.800			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 503.400

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUVALENTE 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

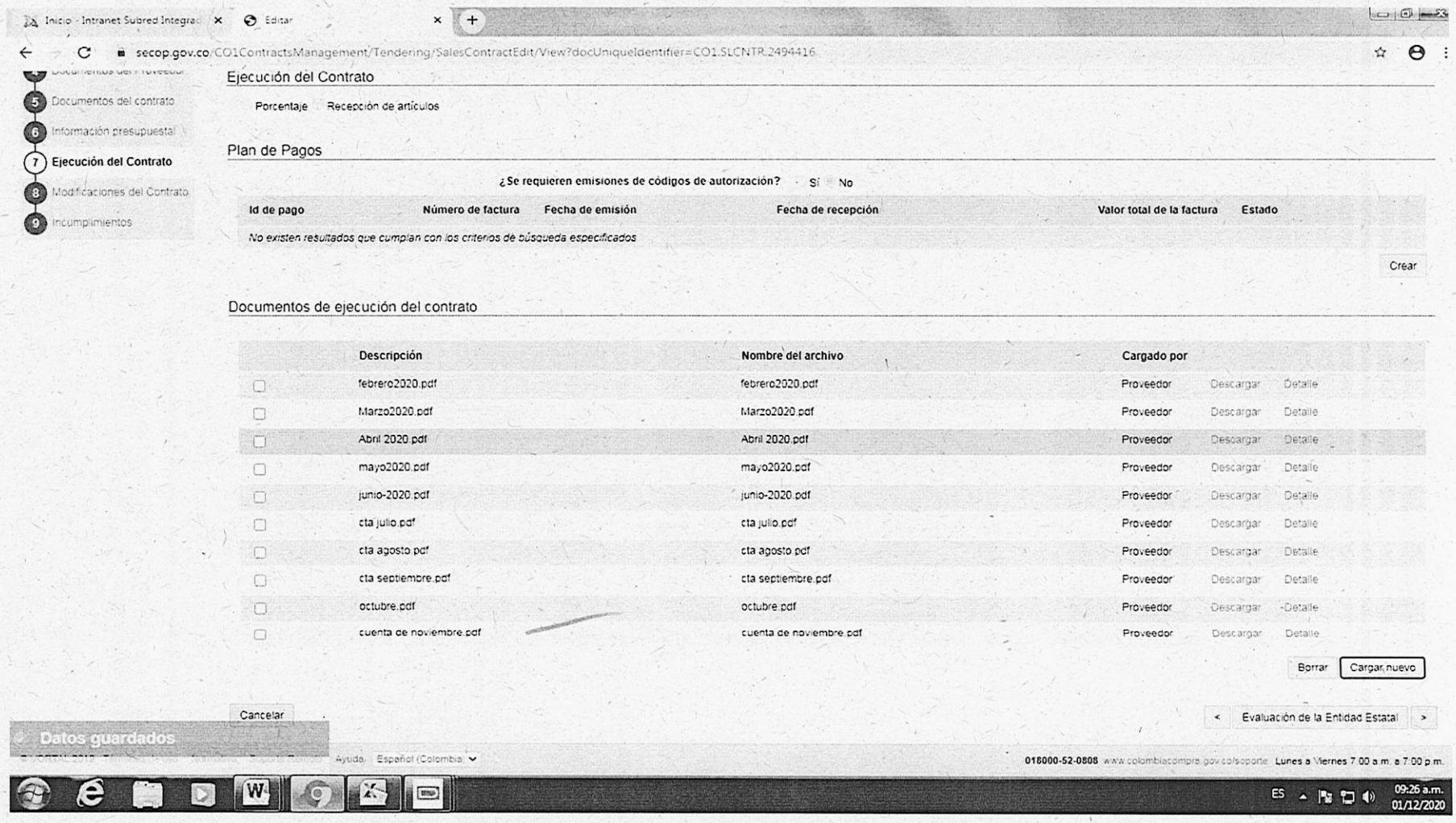
La suma de $ 3.973.212 (Tres millones novecientos setenta y tres mil doscientos doce pesos), por concepto de Prestación de Servicios como odontopediatria en consulta externa, USS Patio Bonito Tintal. Durante el periodo de 01 a 31 de Diciembre del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Nro. 2253-2020

YORMARY DIAZ RUIZ

CC 52.054.866 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004500148749


Inicio - Intranet Subred Integrad
Editar
secop.gov.co/CO1ContractsManagement/Tendering/SalesContractEdit/View?docUniqueIdentifier=CO1.SLCNTR.2494416
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
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
Marzo2020.pdf
Abril 2020.pdf
mayo2020.pdf
junio-2020.pdf
cta julio.pdf
cta agosto.pdf
cta septiembre.pdf
octubre.pdf
cuenta de noviembre.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Datos guardados
< Evaluación de la Entidad Estatal >
Ayuda
Español (Colombia)
018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.
ES
09:26 a.m.
01/12/2020