	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:	YUISLEY PEÑA DIAZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1018435203						
CORREO ELECTRONICO:	yuisley@gmail.com				CELULAR:	3105556488						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY-KE10											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD ORAL-MAXILO				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10E07	20%	KE10B04	20%	KE1E05	30	KE10I07	1	KE10C02	29		
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	477900060385								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENC	1497-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		12 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1853	FECHA	16/12/2020	NÚMERO DE CRP	58010	FECHA	16/12/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALARIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$18.697.464
VALOR EJECUTADO	$18.697.464
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
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 **$,2,194507** 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 PENSIÓN 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
47694093	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos MilVeintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DR LUCIA MEDINA SUAREZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YUISLEY PEÑA DIAZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	8/11/2016	
		Código:	18-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD ORAL Y MAXILOFACIAL			KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1497-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	21		31	1	21
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YUISLEY PEÑA DIAZ		**C. C.**		1.018.435.203		**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 Auxiliar de odontologia/Higienista Oral de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano estemo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relacion con la ejecución del objeto del presente contrato.	SI	• Apoyar las actividades de salud oral de acuerdo a la dependencia, programas y planes de la Subred.	RIPS
2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar.	SI	• Preparar, orientar y asistir al usuario, sobre las condiciones derechos y deberes, requisitos para la prestación del servicio a cargo del servicio de una manera integral y oportuna.	RIPS
3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional.	SI	• Diligenciar de una manera, clara, completa y oportuna, los documentos que se requieran en la prestación del servicio, de acuerdo a las normas y procedimientos.	REGISTRO DE LOS FORMATOS DE LA SUBRED
4. Pagar sus aportes al sistema de seguridad social integral durante la ejecucion del presnete contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes.	SI	• Preparar, solicitar los materiales e instrumental que se requiere en la prestación del servicio de acuerdo con los protocolos y guías y normatividad vigente.	PEDIDOS QUE SE REALIZAN SEMANALMENTE
5. Cumplir con la adherencia a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	• Operar los equipos y materiales de la dependencia a la cual se encuentre asignado de acuerdo a su ámbito de *competencia, según los procedimientos, protocolos y guías* establecidos.	REGISTRO DE LOS FORMATOS DE LA SUBRED
6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestion de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y slaud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno acorde al desarrollo de las actividades asignadas	SI	• Realizar promoción en salud oral en forma extra e intramural.	REGISTRO DE LOS FORMATOS DE LA SUBRED
7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantia de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, audotoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.	SI	• Velar por el diligenciamiento la Historia clinica.	REGISTRO DE LA HISTORIA CLINICA EN EL SISTEMA
8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación: gestión del riesgo, humanización de la atención, trasnformación natural, gestión clinica excelente y segura, gestión d ela tecnologia, atención centrada en el usuraio y responsabilidad social acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas.	SI	• Reemplazar en las vacaciones al personal que lo requiere.	PLANILLA DE TURNOS DE LA SUBRED
9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos,planes, programas, procesos y responsabilidades asignadas.	SI	• Fidelizar y controlar la facturación del 100% de los paciente atendidos en la consulta de cirugia oral y Maxilofacial	VERIFICACION DE LA FACTURA QUE LLEGA PARA ATENCION DEL PACIENTE SEA CANCELADO CORRECTAMENTE.
10. Ejecutar las acciones preventivas y/o preventivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	SI		
11. Preparar y presnetar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o prvadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencionalidad de los mismos.	SI		
12. Asitir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales programados por el contratante y por las entidades autorizadas por éste con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales	SI		
13. Realizar todas aquellas actividades necesarias teneidentes al cabal cumplimiento del objeto del negocio juridico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas	SI		

Escaneado con CamScanner

14. El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional, cualquier objeción o pronunciamiento alguno que hiciere con el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa el buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. .	SI		
15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ilos conlleve			
16. El contratista cuando existe una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenirel sector salud, d ebe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica.			
17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.			
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,558.122- UN MILLÓN QUINIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL CIENTO VEINTIDOS PESOS			
1018435203 CONTRATISTA: YUISLEY PEÑA DIAZ C.C1018435203		DRA LUCIA MEDINA SUAREZ	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018435203	YUISLEY PENA DIAZ	KR 86 D 57 B 79 SUR	3105556488	yuisley@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47694093	$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

#47694093

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1018435203	YUISLEY PENA DIAZ	KR 86 D 57 B 79 SUR	3105556488	yuisley@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-12	2020-12	I	04/01/2021	47694093	TOTAL A PAGAR	
					$271.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudadano	Extranjero	Colombiano residente en el exterior	Radicación	IBC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018435203	PEÑA DIAZ YUISLEY	59	0		N																	231001	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA /01-2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YUISLEY PEÑA DIAZ

C.C 1018435203 DE BOGOTA

La suma de 1.558.122, por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar de odontología/higienista oral, durante el periodo 01 al 31 Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1497**

Yuisley Peña D
1018435203

Nombre de contratista
YUISLEY PEÑA DIAZ
C.c 1018435203 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO: 477900060385

Escaneado con CamScanner