

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
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	%
	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 VIGENCIA:	2025-2021			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	1 de 3				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	12507	FECHA	31/01/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALARIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	2	2021		28	2	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	\$1.612.620								
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:	\$4.837.860
VALOR EJECUTADO	\$1.612.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.612.620
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$3.225.240
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

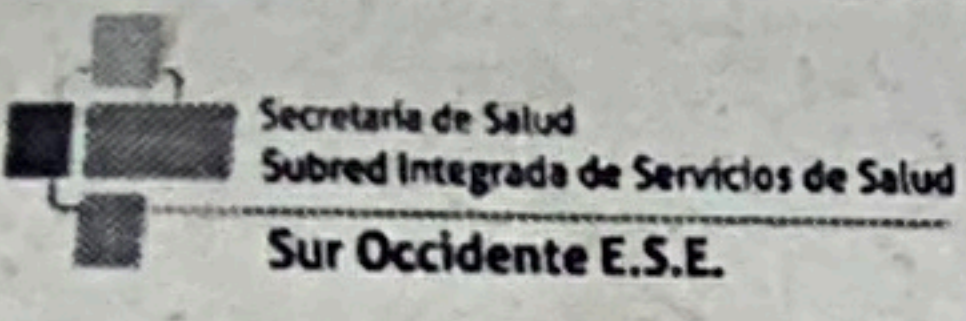
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,271,315 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
48467462	\$908.526	\$113.566	\$145.364	3	\$22.132	\$281.062

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de Febrero del año Dos MilVeintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DR CLARA YOLANDA PRADA GIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

YUISLEY PEÑA DIAZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 1 Fecha de aprobación: 9/11/2016 Código: 15-02-FG-0003														
Ubicación del Servicio:		SALUD ORAL Y MAXILOFACIAL		KENNEDY														
No. DE CONTRATO:		2025-2021	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>2</td> <td>21</td> <td></td> <td>28</td> <td>2</td> <td>21</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	2	21		28	2	21
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año												
1	2	21		28	2	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 odontología/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 externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación 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 ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días 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 guías 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 gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud 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 garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.		SI	• Velar por el diligenciamiento la Historia clínica.		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, transformación natural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario 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 cirugía 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 presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.		SI																
12. Asistir 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 tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas		SI																
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 los conlleve																		
16. El contratista cuando existe una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe 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): \$1,612,620- UN MILLÓN SEISCIENTOS DOCE MIL SEISCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE																		
CONTRATISTA: YUISLEY PEÑA DIAZ C.C.1018435203			DRA. CLARA YOLANDA PRADA GIL															
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.																		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA /02-2021

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 1.612.620, por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar de odontología/higienista oral, durante el periodo 01 al 28 de febrero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 2025**

Yuisley Peña Díaz
1018435203

Nombre de contratista

YUISLEY PEÑA DIAZ

C.c 1018435203 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 477900060385

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 ÚNICA	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
I - Independiente				BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2021-01	2021-01	I	05/02/2021	48467462	\$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
						0		0	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 UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0	0	113.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

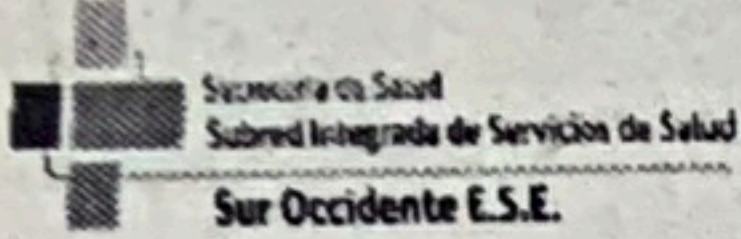
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200	No. Autorización	Valor	22.200	0	0	222	22.200	1

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
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	1	113.600	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200	22.200
CCF	0	0	0	0
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200	281.200

	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	15/02/18	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				DIANA MARCELA RAMIREZ CASTAÑO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO.		1.032.412.492						
CORREO ELECTRONICO:				dramirezmaxilofacial@gmail.com				CELULAR:		3134956923					
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:				BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				24082637518				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA			2024/2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 3				
NÚMERO DE CDP		30	FECHA		8/01/21	NÚMERO DE CRP		12506	FECHA		31/01/21		
OBJETO DEL CONTRATO:			PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITALARIA										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	2	2021			28	2	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$3.314.892					
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:										\$9.944.676			
VALOR EJECUTADO										\$3.314.892			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$3.314.892			
VALOR A LIBERAR										\$0			
SALDO POR EJECUTAR										\$6.629.784			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										33%			

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 \$2,271,315 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9414893787	\$1.325.956	\$165.745	\$212.153	3	\$32.300	\$410.197

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil Viente uno(2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CLARA YOLANDA PRADA GIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA MARCELA RAMIREZ CASTAÑO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA