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:	MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	51850398							
CORREO ELECTRONICO:	mariacristinaquimbay@hotmail.com				CELULAR:	3022050037							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URGENCIAS				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10Q01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20265685366								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	316			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11403	FECHA	31/01/2021			
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NÚMERO DE CRP	16145	FECHA	18/02/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2021		30	4	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.304.104									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$9.912.312
VALOR EJECUTADO	$9.912.312
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.304.104
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 $ 2.271,315 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
49760872	$1.321.641,00	$165.300	$211.500	3	$32.200	**$409.000**

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

DRA. YULI ANGELICA LOZANO GUARNIZO(E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Magda Andrea Ruiz
TRABAJADORA SOCIAL
T.P. 2[illegible]75.223-1

VoBo Sindy Yasmin

VoBo Magda Andrea Ruiz

Secretaría de Salud – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	USS OCCIDENTE DE KENNEDY			**Sede: KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	316-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.021		30	4	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE		**C. C.**	51.850.398		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Participación y Servicio al ciudadano dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI __ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar Revista Social verificando en el Censo Diario de pacientes de Urgencias y/o Hospitalización a fin de detectar N.N. y/o sin Seguridad Social, respetando las normas de Bioseguridad en los Servicios y registrando en la Historia Clínica el dia. 2. Dar respuesta a las Consultas Sociales, dejando el reporte en la Historia Clínica. 3.Dar cumplimiento al anexo 2 del Contrato FFDS según obligación del Hospital: Elaboración de Instrumentos Provisionales	1.cumple 2.cumple 3.cumple	1.Revista Social 1,1 Estrategia "Estamos Contigo" 2.Definicion de Seguridad Social 2.1 Realización formulario de No afiliación (envió a Secretaria De Salud) 2.2 Elaboración Instrumento Provisional 2.3 Elaboración de Estudio Social de Caso 2.4 Tramites de portabilidades gestantes 3.Consulta Social por patología Social 3.1. Segumiento y adherencia al tratamiento	30 50 0 15 14 0 20
4.Dar cumplimiento a los lineamientos dados por el Programa de Humanización. 5.Divulgar la política de atención al usuario en los servicios asignados. 6. Definir la Seguridad Social de los pacientes que Ingresan Urgencias y/o Hospitalización N.N. y/o sin Sistema de Seguridad Social y en cumplimiento de la Resolución 1995 de 1996 se debe realizar Nota en la Historia Clínica, el día del Ingreso, definiendo.	4.cumple 5.cumple 6cumple	4.Formato consulta Social (Soporte Pagares) 5.Visita Domiciliaria 6.Notificacion de Menor en abandono / maltrato infantil 6.1 Ubicación de menor en ICBF	5 0 0 3
7.Gestionar con Entes Externos, Públicos y Privados la remisión y/o ubicación de pacientes especiales. 8.Diligenciar Estudios Sociales y Fichas Epidemiológicas en los servicios de Urgencias y Hospitalización 9.Presentar Informe Mensual solicitado por la Supervisora del Contrato. 10. Cumplir las actividades de respuestas de Quejas y Reclamos del servicio asignado, según procedimiento establecido.	7.cumple 8.cumple 9.cumple 10.cumple	7.Identificación Código Blanco 7.1 Notificación Ente Judicial (CAIBAS,GEDES) 8.Diligenciamiento de ficha SIVIM y SISVECO 9.Seguimiento a paciente en condicen de abandono Social (Se realiza cada tercer día) 9.1 Ubicación de paciente en abandono Social 9.2 Movilización de recursos. 10.Notificacion a entes protectores de los derechos humanos (Personería Defensoría del Pueblo ,Comisarias de Familia)	0 0 4 1 0 0 0 0
11. Dar cumplimiento al Plan Operativo POA del Proceso de Trabajo Social y Atención al Usuario. 12. Dar cumplimiento al proceso de Sistema de Gestión de Calidad. 13. Reportar recibos de Aportes en Salud y Pensión y Riesgos Profesionales, debidamente revisado por la supervisora del contrato.	11.cumple 12cumple 13.cumple	11.Notificacion Habitante de Calle 11.1 Cedulación de pacientes indocumentados 12.Tramites y entrega de Fallecidos en Abandono Social - Obito fetal 13.Seguimiento a paciente con intento de suicidio (pacientes menores de edad)	0 0 0 0
14. Dar cumplimiento al proceso de socialización en Deberes y Derechos de pacientes de Urgencias y Hospitalización, según procedimiento establecido. 15. Ingresar los motivos de orientación y monitorización de Acceso a los servicios de salud al aplicativo SIDMA. 16. Respetar los Derechos del paciente, cumplir con el código de ética y todas las disposiciones como servidores en el área de la salud. 17 Realizar un uso correcto y racional de los recursos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de las actividades contractuales.	14.cumple 15.cumple 16. cumple 17. cumple	14.Diligenciamiento de ficha SISVECO y reporte a gestión del riesgo 15.Direccionamientos a población víctima del conflicto armado (Desplazado, Reinsertado, Desmovilizado, Encubierta) 16.Reporte para identificación de NN ante Fiscalía General de la Nación y Registradora del estado Civil. 17.Ubicacion de familiares	0 0 0 55
18. Portar el Carné de la Institución, durante el desarrollo de las actividades. 19. Dar aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo y/o riesgo en el desarrollo de las actividades. 20. Cumplir las normas de Bioseguridad, según los procedimientos establecidos por Institución y el manejo de desechos Institucionales. 21. Asistir a las actividades de Inducción, Reinducción y capacitaciones organizadas por la Institución. 22.Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de formación, investigación y asistencia técnica. 23.Cumplir con las responsabilidades definidas en el PIGA. 24.Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato. 25. Demás actividades que sean afines a la naturaleza del contrato	18.cumple 19.cumple 20.cumple 21.cumple 22cumple 23.cumple 24.cumple 25. cumple 26. cumple 27.cumple 28.cumple 29.cumple 30.cumple 31.cumple 32.cumple	18.Socializacion de deberes y Derechos 19.Asistencia a reuniones o capacitaciones 20.Registro de barreras / orientaciones en aplicativo SIDBA (Sistema de Identificación de Barreras de Acceso) 21.Elaboracion de informes 22.Elaboracion de encuestas de satisfacción 23.Cuidado del niño 24. Crecimiento y desarrollo 25.Planificación familiar 26. Informacion por demoras en la atención 27.Orientación en aseguramiento 28. Cuidados de la enfermedad 29. Orientación oxigeno domiciliario 30. Necesidad de información 31.Referencia y contareferencia 32.Redes de apoyo familiar	23 3 0 0 2 0 0 0 0 20 0 10 1 45

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,304,104 (TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO CUATRO PESOS MONEDA CORRIENTE)

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE CC. 51,850,398 DE BOGOTA.	Fecha : dd/mm/aaaa Fecha de recibido supervisor: DRA. YULI ANGELICA LOZANO GUARNIZO (E)

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Maels Andrea Ruiz
TRABAJADORA SOCIAL
T.P. 239.575.223-1

Vo Bo
Maels Andrea Ruiz

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	51850398	MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE	CARRERA 111D # 66A-27 Barrio Porvenir	4407994	mariacristinaquimbay@hotmail.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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	07/04/2021	49760872	$409.000	

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	165.300	0		0		0	0	0	0	165.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	211.500	0	0	0	0	0	0		211.500	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	890903790-5	32.200				32.200	0	0	32.200			322	32.200	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
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	165.300	165.300
Pensión	1	211.500	211.500
Riesgos Laborales	1	32.200	32.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	409.000	409.000

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS

DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE

C.C 51850398 DE BOGOTA

La suma de 3.304.104, por concepto de: TRABAJADORA SOCIAL EN OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO durante el periodo de 1 al 30 de Abril de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 316-2021

MARIA CRISTINA QUIMBAY F.

MARIA CRISTINA QUIMBAY FUQUENE

C.C 51850398 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO 20265685366