| 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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Ramiro Rodriguez Moreno | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79 334 899 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ramrodr64@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3212202920 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | Unidad SUR paps 10 abastos | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | Oficina de Desarrollo Institucional | | | | SEDE: | Sur | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | T08 | 100,00% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870193267 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | SO 3073 - 2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 DE 12 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCEOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 12 | 2018 | | 31 | 12 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $ 1 250, 0000 | | | | | | | | | |
| 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: | $13.750.000 |
| VALOR EJECUTADO | $13.750.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.250.000 |
| 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 $**1.953,105**, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1016865775 | 781.242 | $97.655 | $124.999 | 3 | $19.031 | **$241.685** |

Dado en Bogotá A LOS 31 DIAS DEL MES DE DICIEMBRE del año Dos Mil Diescocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

**DRA LILIANA RIOS VELANDIA**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**RAMIRO RODRIGUEZ MORENO**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| Secretaría de Salud 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: | UNIDAD SUR | | | | | Sede: PAPS 10 ABASTOS | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | SO-3073 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 12 | 2.018 | | 31 | 12 | 2.018 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | RAMIRO RODRIGUEZ MORENO | | C. C. | | 79.334.899 | | 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 Auxiliar de Estadistica 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. Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes acorde con los procedimientos adoptados por el Hospital | Programado | 100% | Se realizo apertura de Historia Clìnica de primera vez para los pacientes nuevos, para los servicios prestados por el punto de atenciòn | aproximacion 50 historias nuevas |
| 2. Suministrar historias clínicas y registrar las citas de los usuarios para los servicios ambulatorios en los diferentes puntos de atención del Hospital | Programado | 100% | Alistar historias clìnicas según agendas de cada uno de los profesionales, entrega a cada profesional para cada servicio | 400 historias en todo el Servicio |
| 3. Responder por la custodia de las historias clínicas de usuarios, siguiendo procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo y notificación de inconsistencias | Programado | 100% | Se efectuo la revision de las Historias Clìnica entregadas por cada profesional de acuerdo a la relacion de entrega hecha por estadistica, se entregaron a programas para su registro respectivo, posterirmente se recibieron con relacion de entrega por parte de programas y se archivan segun numero de documento de identidad | 400 historias en todo el Servicio |
| 4. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. | Programado | 100% | Se diligencio y suscribio la agenda con revisiòn de ralacion de Historias Clìnicas | A los 8 profesionales del servicio |
| 5. Verificar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados por los profesionales antes de su digitación y consolidación | Programado | 100% | Verificaciòn de numero de factura y numero de còdigo de Hipocrates, diagnòstico y sis se trato de una consulta de primera vez o control, de igual manera revisiòn de centro de costos, | 900 rips |
| 6. Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio | Programado | 100% | Digitaciòn de RIPS diariamente y envio de la informacion mensual consolidada a Planeaciòn | 900 rips |
| 7. Participar en la administración de los recursos informáticos, según las normas y procedimientos establecidos | Programado | 100% | Se cumplieron las normas | al 100% |
| 9. Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por el Hospital para el desarrollo del objeto de la orden | Programado | 100% | Se utilizaron racionalmente los elementos | El consumo de papeleria para imprimir las agendas |
| 10. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio | Programado | 100% | No se presentaron anomalias | Ninguna |
| 12. Cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la Institución. | Programado | 100% | Se cumplieron los proceso establecidos | Se cumplio al 100% las actividades |
| 14. Brindar trato humano, ético y cálido con el cliente Interno y Externo de la Institución | Programado | 100% | Se dio trato calido a los usuarios y compañeros de trabajo | al 100% |
| 15- Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entrabamientos que pudieran entorpecer la gestión del Hospital | Programado | 100% | Se obrò con buena fe | honestidad en las actividades realizadas a presentar |
| 16-En general apoyar todas y cada una de las actividades tendientes a asegurar el cabal cumplimiento de la orden | Programado | 100% | Se realizaron las actividades requeridas para el cumplimiento del objeto contractual | entrega de los informes, agendas y risp digitados según lo requerido |
| 17- Presentar informe mensual de actividades al Supervisor de la orden adjuntando copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin. | Programado | 100% | Se presenta informe mensual de actividades | De los 8 profesionales del Servicio |
| 18- Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato | Programado | 100% | Se cumple con las actividades | digitacion en el modulo de inventario de historias clinicas 20 dias aproximadamente |

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (UN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS MCT $1.250.000.00):

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: RAMIRO RODRIGUEZ MORENO 79334899

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

| HOSPITAL DEL SUR E.S.E. Salud con Sentido Humano. | AUTOCONTROL MENSUAL PERSONAL ADMINISTRATIVO | CÓDIGO: PCDFO803<br>APROBACIÓN: 15/10/2013<br>ÚLTIMA REVISIÓN: 15/10/2013<br>VERSIÓN: 1<br>PÁGINA 1 DE 1 |
|---|---|---|

| | PRODUCTOS | SI | NO | OBSERVACIONES Y SOPORTES |
|---|---|---|---|---|
| | ESTANDARES ESTRATÉGICOS | | | |
| 1 | ¿Conozco y he cumplido con las actividades del plan operativo de mi proceso o subproceso? Relacionarlas | X | | Recibo con amabilidad y atencion oportuna a los usuarios que ingresan al servicio de estadistica para el proceso de sus citas medicas y demas actividades que devengan de la consulta. |
| 2 | ¿Conozco y aplico los procedimientos de mi proceso o subproceso? Mencionar los pasos que se desarrollan | X | | custodia de historias clinicas y archivo |
| 3 | ¿Se han revisado y actualizado estos procedimientos? Cuando y cuales | X | | mediante las capacitaciones mensuales ordenadas por la jefe del area de estadistica. |
| 4 | ¿Cómo practico en mi dia a dia los principios y valores de la institución? Mencionar una práctica por cada valor y principio | X | | siendo responsable tolerante |
| 5 | ¿ Conozco el programa de humanización institucional, he practicado el decalogo de humanización con el personal de la institución? Mencionar de que manera lo hace | X | | Lograr desarollar sentimientos concientes y manejables entre los cuales se destaque la solidaridad. |
| 6 | ¿ Conozco el programa de seguridad del paciente? Especificar las caracteristicas basicas del evento adverso y como se reporta | X | | causa daño es involuntario |
| | ESTANDARES TALENTO HUMANO | | | |
| 7 | ¿He participado en actividades de capacitación en el mes? ¿En cuáles?¿Qué aplicación le ha dado en mi trabajo? | X | | Retroalimentacion de estandares de informacion nuevos decretos y leyes establecidas en el sistema de salud. |
| 8 | ¿En cuáles actividades de bienestar he participado durante el mes? | | | actividades internas en la upa |
| 9 | ¿He respondido encuestas y/o evaluaciones realizadas por la institución, durante el mes, en cuáles? | X | | ninguna |
| 10 | ¿ En caso de un accidente laboral, conozco cómo se reporta? Explicar el procedimiento | X | | informar al jefe inmediato y llenar el reporte de valor de riesgo que se encuentra en estadistica y reporta r a la ARL. O al lider SIG |
| 11 | ¿ Han sido efectivos los medios de comunicación interna, cuáles he utilizado en el mes? (Tales como: correo institucional; protector de pantalla, carteleras, boletines, etc ) | X | | correo institucional |
| 12 | ¿Consulto y utilizo, de acuerdo a la resolucion 203 de 2011, el correo institucional como principal medio de comunicación institucional? | X | | si todos los dias lo reviso |
| | ESTANDARES DE AMBIENTE FÍSICO | | | |
| 13 | ¿Conozco la clasificacion para la segregacion de desechos? Cumplo con el manejo seguro de desechos, segregación en la fuente? Como lo evidencio | X | | Mediante canecas que determinan para que reiduo para cada objeto y cumpliendo el estandar de segregacion de residuos sean organicos o inorganicos . |
| 14 | ¿Conozco y practico la técnica de lavado e higienización de manos? | X | | se tiene conocimiento de esto, gracias a las constantes capacitaciones. |
| 15 | ¿Mantengo en orden y aseo mi puesto de trabajo?: ¿Aplico las 5S tanto para los archivos en medio físico como magnético? | X | | se mantiene el sitio de trabajo en orden y cuando sea necesario. |
| 16 | ¿Cómo contribuyo con mi equipo de trabajo en el ahorro en servicios públicos e insumos? | X | | Apoyando el proceso de ahorro no dejando abiertas las llaves de no ser necesario su uso y apagando la luz en los sectores que no esten con personal activo. |
| | ESTANDARES GERENCIA DE LA INFORMACIÓN | | | |
| 17 | ¿Verifico siempre que los datos ingresados al sistema de información, que utilizo, estén actualizados y sean veraces? | X | | debemos actualizar los datos, para las diferentes areas del hospital que necesitan esta informacion. |
| 18 | ¿Realizo con calidad los registros y/o bitacoras utilizadas en mis procedimientos? | X | | para cada actividad gestion con el hospital, debemos llenar un registro de lo que se hace. |
| 19 | ¿Utilizo siempre los formatos establecidos por gestión documental para elaborar los registros? | X | | cada area y procedimiento tiene su formato. |
| 20 | ¿Conozco mis metas e indicadores de gestión y los cumplo durante el mes? Evidenciarlo | X | | Proceso de estadistica. Entrega de informes . |
| 21 | ¿Cumplo a cabalidad con mis funciones y/o actividades laborales durante el mes? | X | | Según contrato y certificacion mensual. |
| 22 | ¿Considero que con las actividades realizadas durante este mes, contribuyo al mejoramiento de la gestión institucional? | X | | todos los dias se hacen cambios para mejorar la calidad. |
| 23 | ¿Qué actividades y resultados se han obtenido en mi proceso, donde se evidencia el trabajo en equipo? | X | | El compromiso y el manejo de la informacion con el equipo de trabajo para un adecuado proceso de las funciones de todo el centro de salud. |

NOMBRE: RAMIRO RODRIGUEZ MORENO
CARGO: AUXILIAR DE ESTADISTICA

FECHA 31 DE DICIEMBRE 2018
FIRMA RAMIRO RODRIGUEZ MORENO

Ramiro Rodriguez Moreno
CC# 79334899 Bogotá

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-12-18, 09:57:25 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1016865775

**Periodo Cotización:** noviembre de 2018 **Periodo Servicio:** noviembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8895825130

**PAGADO 18/12/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | RAMIRO RODRIGUEZ MORENO | | |
| **Documento** | CC79334899 | **Dirección** | CL 36 69 F 65 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 4162017 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 79334899 | RAMIRO RODRIGUEZ MORENO | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 781,242 | $ 125,000 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2.436 | $ 781,242 | $ 19,100 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $ 781,242 | $ 15,700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257,500 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 781,242 | $ 125,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 15,700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 257,500 | $ 0 | $ 257,500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medic ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

COLSUBSIDIO
ROMA

D O C U M E N T O  S O P O R T E

NOMBRE : PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT : 900.097.333-9
CODIGO : 20596
REFERENCIA : 8895825130
PLANILLA : 1016865775
PERIODO : 2018/11
REFERENCIA 2: 8895825130

| Código | Descripción | Cant | Valor |
|---|---|---|---|
| 693927 | RECAUDO PLA | 1 | 257500 |
| | | | 257500 |

DOCUMENTO

1812180011398656
CONSECUTIVO: 001

DIC 18, 18 09:50

18/Dic/2018 09:51 4500 11 0062 5301365
(COPIA ALMACEN)