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:	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012330243							
CORREO ELECTRONICO.	clau-pato2011@hotmail.com				CELULAR:	3134930781							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					uss bosa								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	caps bosa				SEDE:	Bosa							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	BO35O02	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4722016700								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	259-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 3					
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2021	NÚMERO DE CRP	11346	FECHA	31/01/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.422.440										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$4.267.320
VALOR EJECUTADO	$2.844.880
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.422.440
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.422.440
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
49195364	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

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

YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Claudia P. Ortiz
CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

VoBo Sindy Marín

Diana Carolina Lozano Muñoz
Trabajadora Social
RP. 170473-223-1

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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN AL USUARIO					**Sede: USS BOSA**			
No. DE CONTRATO:	259	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO		**C. C.**		1.012.330.243		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 ATENCION AL USUARIO** 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
Recibir y dar la bienvenida al Usuario, presentándole los servicios del Hospital	SI	*Saludar al usuario informando el nombre y cargo, portando el uniforme diario de acuerdo a las indicaciones.	Diariamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los 20 dias habiles del mes
Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud, diligenciando, elaborando y remitiendo los informes correspondientes a los softwares definidos para tal fin (SIDMA - Causas de inatención e inasistencias, Referencia Externa e Interna, Autorizaciones, Desplazados, Capitados, Direccionamiento) dentro del segundo dia habil de cada mes.	SI	* Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud. * Realizar registro de barreras de acceso en el aplicativo SIDMA * Elavorar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias	Durante el mes se realizo 201 entrega de elementos personales, enviados por familiares a pacientes hospitalizados.
Informar y educar a los usuarios respecto a Deberes y Derechos, portafolio de servicios, mecanismos de participacion, diligenciando el formato para evidenciar tal fin	SI	* realizar y cumplir con el protocolo de charlas en salas de espera y diligenciar el formato de evidencia, entregandolo semanalmente.	Durante el mes se realizo 481 charlas en sala de Derechos y Deberes
Gestionar y/o facilitar los tramites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervencion en filas, en salas de esperera, monitoreo del usuario entre otras.	SI	* Diariamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar filtro en fila *Registro de lista de espera en aplicativo SURESOC	Durante el mes se realizaron 108 orientaciones en el alplicativo SIDMA
Aplicar encuestas de satisfaccion y realizar la entrega oprtuna de las mismas, es decir el segundo dia habil de cada mes y diligenciar las encuestas según la meta planteada	SI	* Realizar encuentas de satisfaccion a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados	Durante el mes se realizaron 1046 capacitaciones en aplicativo SIDMA
Recepcionar y registrar manualmente y sistematicamente en lista de espera.	SI	* Realizar y registrar en el plaicativo SURESOC todos los usuarios que lleguen a solicitar cita medica de la cual no haya agenda disponible.	Durante el mes se realizaron encuestas de satisfaccion a 65 Pacientes
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	SI	Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	Realizo todas las actividades asignadas por el supervisor

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : UN MILLÓN CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS (1.422.440.oo) M/CTE

Claudia P. Ortiz

CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO
Contratista C.C.No. 1012330243 Expedida en Bogotá D.C.

SUPERVSOR: YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO (E)

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

Diana Carolina Lozano Muñoz
Trabajadora Social
RP. 170453231

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	1012330243	CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO	CALLE 72 N 80 Q 16	4072769	clau-pato2011@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-02	2021-02	I	09/03/2021	49195364	$299.400	

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	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	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	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.400	299.400

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

CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO

CC. 1012330243 DE BOGOTA

La suma de 1.422.440 por concepto de: Prestación de servicios de salud como auxiliar de servicio al ciudadano en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano durante el periodo de 01 al 31 de Marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 259 - 2021

Claudia P. Ortiz

CLAUDIA PATRICIA ORTIZ GALINDO

CC. 1012330243 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 4722016700