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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53117520						
CORREO ELECTRONICO:	LUFEMECUCAITA@gmail.com				CELULAR:	3103504309						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					PA30							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Proteccion especifica-covid Laureles				SEDE:	Laureles						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA30N04	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	80692990726								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5480-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP	765	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP	32131	FECHA	31/05/2021
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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. PROFESIONAL DE ENFERMERIA.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	6	2021		30	6	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	3,570,149							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.188.258
VALOR EJECUTADO	$6.188.258
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 $ 3,570,146 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
9420819074	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200
9420915224	$519.544	$65.000	$83.100	3	$12.600	$160.700

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PROTECCION ESPECIFICA LAURELES								
No. DE CONTRATO:	5480-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA	C. C.	53.117.520			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO:: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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.PROFESIONAL ENFERMERIA.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según	SI	Se cumplio acabalidad las actividades afines del perfil de enfermeria,	Formatos de lineamientos.
designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	Se cumplio las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion.	Formatos de fichas tecnicas y lineamientos.
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub red Sur Occidente o las contempladas en el plan de	SI	Se participo en las jornadas de salud, como vacunacion programadas por la Sub red Sur Occidente.	Asistencia a los puntos de vacunacion.
Realizar asistencia técnica en las IPS de la subred	SI	Se participo en la asistencia tecnica en las IPS de la subred.	Asistencia tecnica en las IPS de la subred.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria	SI	Se alisto soportes y se presento auditorias programadas.	Presentar soportes para auditorias.
Realizar la gestión del riesgo	SI	Se realizo la gestion del riesgo.	Realizar gestion del riesgo.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	SI	Se notifica los eventos de interes en salud publica.	Notificacion de eventos en salud publica.
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	Se informo sobre deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	Informacion de derechos y deberes.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Se entrega soportes y se vela por la custodia de los mismos.	Entrega de soporte y velar por custodia de los mismos.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Se entrego oportunamente y con calidad de los informes requeridos.	Entrega de informes con calidad.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Sub Red Sur Occidente como de la firma auditora o SDS	SI	Se alisto soportes y se presento auditorias programadas.	Presentar soportes de auditorias programadas.
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	SI	Se asume el 100% de la glosa generada, para determinar inconsistencias en los soportes y acciones de la calidad que se tenga responsabilidad.	Asumir glosa por inconsistencias de soportes que se tenga responsabilidad.
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	SI	Se realizo induccion a la demanda y seguimiento a las actividades.	Induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las actividades de rutas realizadas.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($3.570.149) TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE.

LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA CC 53117520

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° el mes 6 /2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA

CC 53117520 De Bogotá

La suma de $ 3.570.149. M/C, TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS por concepto de servicios PERFIL PROFESIONAL EN ENFERMERIA durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5480-2021.

LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA

CC 53117520 De BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 80692990726

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53117520		MEDINA CUCAITA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 48 55A 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2799589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05		9420915224	N	2021/06/04			6	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$519,544	$83,100			$519,544	$65,000			$0	$0			$519,544	$12,600		$0	$0		$160,700
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$519,544	$83,100			$519,544	$65,000			$0	$0			$519,544	$12,600		$0	$0		$160,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$519,544	$83,100			$519,544	$65,000			$0	$0			$519,544	$12,600		$0	$0		$160,700
1	CC	53117520	MEDINA LUISA								A										230301	30	($908,526)	($145,400)	EPS002	30	($908,526)	($113,600)		0	$0	$0	14-30	30	($908,526)	($22,200)	0	$0	$0	No	($281,200)
2	CC	53117520	MEDINA LUISA								C	X									230301	30	$1,428,070	$228,500	EPS002	30	$1,428,070	$178,600		0	$0	$0	14-30	30	$1,428,070	$34,800	0	$0	$0	No	$441,900
Total	**Afiliados(1)**																						$519,544	$83,100			$519,544	$65,000			$0	$0			$519,544	$12,600		$0	$0		$160,700

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53117520		MEDINA CUCAITA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 48 55A 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2799589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05		9420915224	N	2021/06/04			6	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$83,100	$0	$0	$83,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$83,100	$0	$0	$83,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,600	$0	$0	$12,600
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.	14-30	830,054,904	6	1	$12,600	$0	$0	$12,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,000	$0	$0	$65,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$65,000	$0	$0	$65,000
TOTAL				**1**	**$160,700**	**$0**	**$0**	**$160,700**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53117520		MEDINA CUCAITA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 4B 55A 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2799589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	55393320	9420819074	I	2021/06/04	2021/06/08	BANCO DE OCCIDENTE	4	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200
1	CC	53117520	MEDINA LUISA																	230301	30	$908,526	$145,400	EPS002	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-30	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0	No	$281,200
Total		**Afiliados(1)**																				$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53117520		MEDINA CUCAITA LUISA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARERRA 4B 55A 47 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2799589	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-05	2021-05	55393320	9420819074	I	2021/06/04	2021/06/08	BANCO DE OCCIDENTE	4	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.	14-30	830,054,904	6	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$281,200**	**$0**	**$0**	**$281,200**

2021/06/09 05:55 PM

MAPFRE COLOMBIA

Radicación de una PQRS

Bienvenido a nuestro sistema PQRS, herramienta que MAPFRE pone a su disposición para que pueda reportar las Peticiones y Quejas que tenga con nuestros productos y servicios.

Señor usuario: a continuacion las indicaciones para completar su PQR.
1. Datos básicos del solicitante diligencie sus datos para poder prestarle una debida atención.
2. Datos de la PQR, ingrese la información de su Petición o Queja.
3. Personas implicadas en la PQR, ingrese los nombres de cada persona una a una y oprima cada vez el botón <-Asociar Persona->.
4. Documentos de la PQR, seleccione la clasificacion, el tipo de informacion, el documento en su PC y oprima el botón <-Enviar documentos->.
Para finalizar oprima el botón <-Radicar->.

Su PQR ingresara en nuestro sistema S.A.C. y le contactaremos en los próximos días.

Muchas gracias por comunicarse con nosotros !!!

Datos básicos solicitante

Tipo de documento * Seleccione una opción... **Número de documento** *

Gracias por contactarse con MAPFRE. Su contacto ha sido radicado con el número:

139861

Personal de MAPFRE lo contactará para informarle acerca de la evolución de este caso a la mayor brevedad.

Aceptar

Mapfre Seguros de Colombia • 2009 • All Rights Reserved • Desarrollado por TecnoFactor S.A •

MAPFRE, Contacto Radicado Nro 139861

Recibidos ×

pqr@asesormapfre.com.co

14:23 (hace 17 minutos)

para mí

Estimado Cliente:

Agradecemos que nos haya compartido su experiencia y la recibimos como una oportunidad de mejora para brindarle cada vez un mejor servicio. Por lo anterior, su queja ha sido registrada en nuestro sistema con la siguiente información:

No. Radicación: 139861
Nombre Solicitante: LUISA FERNANDA MEDINA CUCAITA
Fecha Solicitud: 10/06/2021 02:23 PM
Descripción: REALIZARON UN PAGO A SU ARL POR EQUIVOCACION PERO YO NO ESTOY AFILIADA CON USTEDES SI NO CON SURA ES DEL MES DE MAYO, SOLICITO POR FAVOR REEMBOLSAR ESE DINERO A LA ARL LA CUAL PERTENEZCO YA QUE ME ESTA GENERANDO INCONVENIENTES EN MI SITIO DE TRABAJO Y POR TAL MOTIVO ME PUEDO QUEDAR UN MES COMPLETO SIN INGRESO, AGRADEZCO DE ANTEMANO SU COLABORACION

Su caso será resuelto antes de 15 días hábiles por el responsable del área encargada. En situaciones especiales podríamos tomar días adicionales por lo que se lo estaríamos comunicando con anticipación

Cordialmente,

Dirección del Sistema de Atención al Consumidor Financiero

IMPORTANTE: El correo electrónico a través del cual se remite este mensaje, es únicamente para envío automático de información, por lo tanto, por favor absténgase de responder

AVISO LEGAL: Este mensaje y cualquier archivo anexo son confidenciales y para uso exclusivo de la(s) persona(s) o entidad(es) a la(s) que va dirigido, en los términos de los acuerdos de confidencialidad previamente suscritos, si los hubiere. Su contenido esta protegido por las normas que garantizan la inviolabilidad de la correspondencia y por las que tutelan el secreto industrial, secreto comercial, información sujeta a reserva bancaria o por cualquier otro tipo de secreto profesional o garantía similar, como la reserva entre abogado y cliente, según el caso

OK. MUCHAS GRACIAS. GRACIAS.