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:	ROCIO BLANCO MORALES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52957542							
CORREO ELECTRONICO:	rocioblancomorales@gmail.com				CELULAR:	3204522142							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**CATALINA Y CLASS**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OFICINA ASESORA 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	%	
	SU40708	100,00%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	006970466170								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1253-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**10 de 10**			
NÚMERO DE CDP	1487	FECHA	24/10/19	NÚMERO DE CRP	47638	FECHA	31/10/19			
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL 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	11	2019		30	11	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025									
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:	$13.240.250
VALOR EJECUTADO	$13.240.250
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
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 **$2.070.290**, 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
38500613	$828.116,00	$103.515	$132.499	3	$20.173	**$256.186**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de NOVIEMBRE del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

V°B° Isabel Lagos Carrasco Líder Asistencial

LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROCIO BLANCO MORALES
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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	DESARROLLO INSTITUCIONAL								Sede: UPA 105 CATALINA		
No. DE CONTRATO:	1253- 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	11	2.019		30	11	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROCIO BLANCO MORALES		C. C.		52.957.542		DE		BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LAS 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. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI	Se realizo apertura y archivo de Historia Clinica y consentimientos para los pacientes nuevos y de control, en los servicios prestados por el punto de atenciòn	Historias clinicas archivadas
2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI	Se envio oportunamente los informes de gestion de los profesionales, semanalmente y mensual a la lider de la Uss catalina y Class.	Informe de gestion consolidado del 01 al 30 de NOVIEMBRE, entregado en fisico y por correo al grupo de Gestion de la informaciòn.
3. Participar en la programación de las actividades del área.	SI	Se atendio a las instrucciones del lider.	Se apoyo las actividades asignadas
4. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Se diligencio el formato de entrega de historia clinica.	Se entregaron 12 historias clinicas solicitas por usuarios y facturadores como soporte para para los diferentes procesos.
5. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.	SI	Se atendio de manera cordial a los usuarios que solicitaron copia de historia clinica e informaciòn en general.	Se atendio de manera cordial a los usuarios que solicitaron copia de historia clinica e informaciòn en general.
6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	SI	Se cumplio con la normatividad vigente establecida por la Subred.	Sin novedades
7. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	Se elaboro informe mensual de acuerdo al cumplimiento de actividades establecidas en el contrato.	Se presenta informe mensual de actividades
8. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	SI	No se reporto ninguna perdida de elementos, todo se encuentra en buen estado en el puesto de trabajo.	Sin novedades
9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	SI	Se asistio a conversatorio y ULC programados.	Asistí a conversatorio y ULC
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	Se cumplieron con los procedimientos establecidos, sin novedad alguna.	Sin novedades
11. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	SI	Se atendieron sin novedad	Se apoyo las actividades asignadas
12. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la realización de las actividades de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	SI	Se entrego listado de citas diarias programadas a los profesionales de la Uss Catalina y Uss Class, bajadas del sistema de informaciòn Dinamica.	Se contabilizo cada uno de los diagnosticos establecidos por los profesionales durante el periodo.
13. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	Se realizo el pago de salud y pension y se adjunto al informe de actividades.	Se entrego el pago correspondiente
14.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Se escaneo y subio consentimientos de odontologia y enfermeriade la Uss Catalina y Uss Class.	Se envio correo al lider de gestion documental y reporto a correo de planeación y estadistica para la transferencia.

OBSERVACIONES: (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.324.025 UN MILLON TRECIENTOS VEINTICUATRO MIL, VEINTICIENCO PESOS

Rocio Blanco Morales

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52957542

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

LILIANA RIOS VELANDIA

Jefe Oficina de desarrollo Institucional

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

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	52957542	ROCIO BLANCO MORALES	cr 98 # 2-32 torre 7 apto 303	2807996	rocioblancomorales@gmail.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	
2019-10	2019-10	I	05/11/2019	38500613	$256.300	

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	103.600	0		0		0	0	0	0	103.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	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	20.200				20.200	0	0	20.200			202	20.200	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	103.600	103.600
Pensión	1	132.500	132.500
Riesgos Laborales	1	20.200	20.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	256.300	256.300

38500613

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