| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 |
| | Código: | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | María Paula Herrera Rodríguez | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1012456193 | |
| CORREO ELECTRONICO: | maripau170998@gmail.com | | | | CELULAR: | 3214633699 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S Convenio Ruta de la Salud USS NUEVAS DELICIAS | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA15V04-1 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 476600070306 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 889 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 1255 | FECHA | 2024-05-01 14:51:03.000 | NÚMERO DE CRP | 28781 | FECHA | 2024-05-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-05-01 | | 2024-05-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,851,816 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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: | $7,407,264 |
| VALOR EJECUTADO | $7,407,264 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,851,816 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8376731710 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1. Realizar revisión cuidadosa de criterios para utilizar el servicio los usuarios (población, documentos, acompañante, sitio destino, entre otros) | Se realiza revisión y verificación de documentos presentados por el usuario para determinar si cumple con las condiciones de ruta, para poder realizar su traslado, e informar a la oficina para que se adelante la investigación. | Se realiza revisión de los documentos requeridos 150 sin ningún reporte de novedad. |
| 2. Dar la bienvenida para el ingreso a la ruta, ubicar y acomodar a los usuarios y a sus acompañantes de acuerdo a la Unidad de destino y verificar que todos tengan las medidas de seguridad pertinentes (cinturón, posición, anclajes) para iniciar el recorrido segun programación. | Realizar el ingreso de usuarios al vehiculo con las precauciones pertinentes según corresponda, ajustar cinturón de seguridad, realizar presentación de auxiliar y conductor e informar el recorrido que se va a realizar . | Se realiza actividad de acuerdo a lo indicado. |
| 3. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de sus actuaciones individuales y del porte adecuado del uniforme acordado y del carnet institucional, durante la ejecución de sus actividades. | Se vela por portar el uniforme limpio, impecable y con buena presentación personal, utilizando los distintivos de la institución. | Uniforme de acuerdo a lo establecido. |
| 4. Brindar un trato respetuoso y humanizado tanto al cliente interno como al externo. | Se brinda un trato amable, cordial y humanizado al usuario y demás colaboradores. | Ambiente de respeto y calidez. |
| 5. Organizar y cumplir con los recorridos programados de la Ruta de la Salud según manual de procesos y procedimientos de la Ruta de la Salud | Se siguen los recorridos de acuerdo a la programación establecida, cumpliendo con los horarios. | Se envía ubicación en tiempo real através de whasatpp. |
| 6. Responder y confirmar telefonicamente el horario porgramado a los usuarios. | Se llama al usuario, se le confirma la hora de recogida y se le informa de los posibles cambios y/o novedades. | Se diligencian las panillas de programación. |
| 7. Anunciar la llegada y salida de la ruta de la salud en todos los centros de salud a donde acuda el vehiculo, tanto a los colaboradores como a las personas que se encuentran en cada punto. | Me presento con el auxiliar de servicio al ciudadano para informar la llegada de la ruta y en salas de espera para informarle a los usuarios. | Planillas de traslado. |
| 8. Informar a la coordinación diariamente el numero de personas y traslados, inasistencias, pacientes nuevos, tratamintos terminados y cualquier evento que se presente. | Se registra en los formatos de traslados a todos los usuarios con sus respectivos datos y firma. | En el mes de mayo se registrarón 400 registros. |
| 9. Estabecer comunicación asertiva permanentemente con el auxiiar orientador que se encuentre en cada unidad para coordinar la llegada y recogida de los pacientes. | No aplica para este periodo | No aplica para este periodo |
| 10. Diligenciar de forma adecuada los formatos del programa, regsitrando de manera legible, sin tachones ni enmendaduras los datos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas y entregar oportunamente. | Se entregan planillas de traslados sin enmendaduras ni tachones y de forma oportuna. | Se entregan 60 planillas de traslados. |
| 11. Participar en todas las capacitaciones programadas, asi como reuniones con la oficina de servicio al ciudadano, de equipo entre otras. | asistir a todas las reuniones y capacitaciones requeridas | se asiste a una reunion en el mes. |
| 12. Realizar charlas de educación a los usuarios durante los traslados o en salas de espera de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Suroccidente, sobre temas como derechos y deberes, lavado de manos, horarios de porgramación del servicio, características del programa, entre otros. | Se realizan charlas de temas educativos de acuerdo a la población que se este trasladando y realizar enfasis en derechos y deberes. | Se realizan 40 charlas aproximadamente. |
| 13. Informar inmediatamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos. | Se mantiene comunicación con la oficina de la ruta y el quipo de trabajo vía telefónica, presencial o whatsapp. | No se presentaron eventualidades. |
| 14. Mantener, responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular), mantenerlo prendido y en disponibilidad cuando se requiera. | Se mantiene en buenas condiciones la dotación suministrada por la subred para poder establecer comunicación con el equipo de trabajo. y se contesta de forma oportuna. | Comunicación acertiva y efectiva con el equipo de trabajo de la ruta de la salud. |
| 15. Mantener la confidencialidad de la información y datos suministrados por los usuarios que utilizan el servicio de la Ruta. | Se mantiene confidencialidad de la información suministrada por los usuarios. | No se ejecuta con soporte fisico. |
| 16. Entregar al supervisor dentro de los 3 primeros dias habiles del mes el informe de traslados realizados y actividades ejecutadas en el mes inmediatamente anterior en los formatos establecidos. | Se hace entrega oportuna de los informes correspondiente al mes de febrero. | Formato entregado. |
| 17. Informar al usuario objeto de traslado, el dia, la hora de la cita, el sitio de recogida, y las indicaciones para recibir el servicio, cerciorándose que el usuario entendio la información brindada. | Se le informa al usuario vía telefónica o personalmente la hora de recogida, el sitio de recogida, y se le da indicación e información de los requisitos establecidos para poder acceder al servicio. | Se registra en las planillas de control de llamadas. |
| 18. Aplicar encuestas de satisfacción del servicio a los Usuarios que utilizan la Ruta de la Salud, previa indicaciones del supervisor. | Sen realizan encuestas de satisfaccion a los usuarios de la ruta de la salud. | No aplica para este periodo. |
| 19. Sensibilizar a población benficiara de la Ruta de la Salud, sobre objetivos, modelo de operación, beneficios, accesibilidad, uso y contraindicaciones del servicio. | Sen realizan charlas de satisfaccion a los usuarios de la ruta de la salud. | Se socializa a 200 usuarios acerca del programa. |
| 20. Colaborar y asistir a los pacientes sin red de apoyo. | Se realiza apoyo a un usuario. | Planilla de traslados. |
| Socialización derechos y deberes | se socializa derechos y deberes | se socializa derechos y deberes |

Copia Certificada
Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| Identificar y registrar en el formato del dolor, a los pacientes que presentan dolor en las salas de espera. | no aplica | no aplica |

MARCELA CASTELLANOS CABRERA
39788222
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

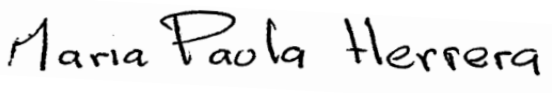
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MARÍA PAULA HERRERA RODRÍGUEZ**

**C.C 1012456193 DE BOGOTÁ**

La suma de $1.851.816 por concepto de: prestación de servicios de salud como Auxiliar de enfermería en la ruta de la salud, durante el periodo del 01 al 31 de Mayo de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 889-2024




**MARÍA PAULA HERRERA RODRÍGUEZ**

**C.C 1012456193 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA**

**NÚMERO: 476600070306**

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** MARIA PAULA HERRERA RODRIGUEZ
**No. Identificación:** CC1012456193
**Dirección:** CARRERA 77H # 70B-55 SUR
**Telefono:** 3214633699
**Correo:** maripau170998@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8376731710

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | MARIA PAULA HERRERA RODRIGUEZ | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC1012456193 | **Periodo de Cotización Salud** | abril de 2024 |
| **Número de planilla** | 8376731710 | **Periodo de Cotización Pensión** | abril de 2024 |
| **Fecha pago** | 2024-05-14 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 35281132 | **Total Pagado** | 402200 |
| **Banco** | 1023 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA
8376731710

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 31700 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 208000 | 1 |
| EPSC34 | Recaudo SGP Capital Salud | 162500 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1012456193
APELLIDOS Y NOMBRES: MARIA PAULA HERRERA RODRIGUEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPSC34 | 25-14 | 1300000 | 1300000 | 1300000 | 0 | 162500 | 0 | 208000 | 0 | 31700 | 0 |

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