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:	DIANA CAROLINA BUSTOS VERU											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.075.270.746						
CORREO ELECTRONICO:	carolina_veru@gmail.com				CELULAR:	3178127641						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Participación social y Servicio al Ciudadano				SEDE:	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE1O02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488402432834								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4566-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 4					
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	25010	FECHA	30/04/2020				
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	6	2020		30	6	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.090.685										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA								

OBSERVACIONES: Se descuentan 9 días de incapacidad

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.972.801
VALOR EJECUTADO	$4.206.720
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.090.685
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.766.081
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4340381988	$877.803	$109.800	$26.400	3	$21.400	$157.600

Dado en Bogotá en el mes de julio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MIRELLA PEÑA ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

DIANA CAROLINA BUSTOS VERU
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:	Servicio al Ciudadano - Ruta de la Salud						**Sede: Pablo VI**			
No. DE CONTRATO:	4566-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA CAROLINA BUSTOS VERU		**C. C.**	1.075.270.746			**DE**	NEIVA	

OBJETO DEL CONTRATO: EL CONTRATISTA A NOMBRE PROPIO Y DE MANERA INDEPENDIENTE, SIN QUE EXISTA SUBORDINACION NI RELACION LABORAL ALGUNA, PRESTARA SUS SERVICIOS Y CONOCIMIENTOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar revisión cuidadosa de documentos que presenten los usuarios, de encontrar un usuario que no soporte el traslado en la ruta, el auxiliar debe informar inmediatamente a la Oficina para la investigación respectiva, se debe respetar la población priorizada beneficiaria y vinculación con derecho a utilizar este servicio.	si	se realiza revision y verificacion de documentos presentados por el usuario para determinar si cumple con las condiciones de ruta, para poder realizar su translado, e informar a la oficina para que se adelante la investigacion, brindar charlas educativas	se realiza revision de los documentos requeridos . 402 sin ningun reporte de novedad
Los Auxiliares de Ruta, se deben presentar con informador, facturador y NO con guardas de seguridad y presentarse en sala de espera de la siguiente manera: *"Buenos días (tardes), mi nombre es (Nombre del auxiliar completo), pertenezco al Programa Ruta de la Salud el cual traslada usuarios adultos mayores, gestantes, menores de 18 años y personas en condición de discapacidad para realizar trámites o cumplir citas o terapias en las Unidades de Servicios de Salud del Distrito. (Entrega volantes a usuarios) Pregunta: Hay algún usuario esperando la Ruta de la Salud?? Se despide cordialmente..."*	si	relizar encuestas en sala de espera y en piso	se realiza actividad según protocolo.
Dar la bienvenida para el ingreso a la ruta, ubicar y acomodar a los usuarios y a sus acompañantes de acuerdo a la USS destino y verificar las medidas de seguridad pertinentes (cinturón, posición, anclajes) para autorizar el inicio del recorrido al conductor según programación.	si	realizar el ingreso de usuarios al vehiculo con las precauciones pertinentes según corresponda, ajustar cinturon de seguridad, realizar presentacion de auxiliar y conductor e informar el recorrido que se va a realizar .	se realiza actividad de acuerdo a normatividad de bioseguridad.
Leer a los usuarios antes de iniciar los recorridos el consentimiento informado para el caso de evento fortuito o fuerza mayor ocurra algún suceso que pueda afectar el funcionamiento de la ruta, si esto llegase a ocurrir, por favor dar las indicaciones de seguridad pertinentes e informar inmediatamente a la Referente del Programa.	si	dar a conocer a los usuarios consentimiento informado y explicarles en que caso se podria ver afectado el funcionamiento de la ruta en caso de alguna eventualidad.	se realiza lectura de consentimiento informado, soportado con la firma del usuario.
Una vez lleguen a la USS destino de los usuarios y despedirse de los usuarios, presentar a la Aux. Orientadora informando que ella continuara el acompañamiento para el trámite y o servicio que requiere, y estará pendiente del retorno. La Aux. orientadora recibirá cordialmente a los usuarios y los organizara para verificar documentos y distribuirlos.	si	hacer entrega a auxiliar informadora de cada usuario en lugar de destino correcto, explicandole tramite que va realizar cada usuario para que le brinde orientacion veraz.	se realiza entrega de los usuarios trasladados a la informadora de la unidad.
Las auxiliares de ruta, deben registrar de manera oportuna, legible, sin tachones ni enmendaduras los datos completos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas.	si	realizar verificacion de documentacion de cada usuario y su acompañante, planillarlos de forma clara en planilla correspondiente a cada ruta.	DIFICULTADES: ninguna
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, en temas como derechos y deberes, lavado de manos, caracteristicas del programa, Interconexión de redes, Donación órganos, Plan de Emergencias, Programación, horarios y fechas de agendas en las USS del Distrito.	si	realizar charlas de temas educativos deacuerdo a la poblacion que se este trasladando y realizar enfasis en derchos y deberes.	se realizan 90 charlas aproximadamente
Estar informados de los trámites de citas y apertura de agendas de las USS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente y del Distrito en general a fin de brindar información oportuna a los usuarios.	si	cada mañana verificar apertura de agenda de los diferentes hospitales para brindar una buena informacion a los usuarios.	comunicación constante con las informadoras de las diferentes unidades para verificar agendamiento disponible para el dia.
Las auxiliares orientadoras, deben diligenciar adecuadamente las planillas de asignación de citas de acuerdo a la UUS donde estén ubicada.	si	tomar los datos adecuados de las citas que se ayudan a tramitar y planillarlos en planilla correspondiente.	planillas diligenciadas de educacion al usuario y formato de asignacion de citas.
Mantener, responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular), mantenerlo prendido y en disponibilidad cuando se requiera	si	tener en buenas condiciones el equipo de comunicación y contestar de forma oportuna.	comunicación acertiva y efectiva con el equipo de trabajo la ruta.
Tanto auxiliares de ruta como orientadoras, deben reportar a la Oficina, los nombres de las Usuarias Gestantes que NO tengan control prenatal, y los menores que no tengan vacunas y no se encuentren en crecimiento y desarrollo.	si	canalizar gestantes que no tengan controles prenatales y menores sin vacunas al dia ni controles de crecimiento y desarrollo para direccionar al ente correspondiente.	en el mes de febrero no se realiza ningun reporte

El auxiliar de ruta siempre debe ir atrás, acompañando y haciendo seguimiento a los usuarios trasladadores.	si	realizar acompañamiento a los usuarios hasta llegar a su destino.	acompañamiento y seguimiento a los usuarios.
Atender en forma personalizada a los usuarios garantizando la oportuna canalización y resolución de sus requerimientos, orientando las acciones según los lineamientos establecidos en el modelo de operación de la ruta.	si	orientar de forma clara y personal según requerimiento de cada usuario.	numero de usuarios que se orientan entre 35 a 45 usuarios diarios
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.	si	realizar adecuado porte de uniforme y carnet institucional.	identificacion correcta del personal de la ruta.
Sensibilizar el personal asistencial y administrativo sobre los objetivos, características, uso adecuado y beneficios del servicio brindado por el Programa de la Ruta de la Salud.	si	brindar adecuada informacion al diferente personal de las institucion hacerca del uso adecuado del programa.	no requiere soporte fisico.
Realizar reporte permanente (de forma personal o telefónica) sobre los traslados.	si	reportar diariamente la cantidad deusuarios traslados.	se reportan 709 traslados
Informar inmediatamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	si	informar de forma oportuna a la coordinacion cualquier eventualidad.	no aplica
Estar informados en cuanto a las novedades que se generen en el tema de Salud a nivel local, distrital y nacional.	si	contar con informacion clara y veraz sobre el tema de salud.	no se ejecuta con soporte fisico.
Promover en los usuarios objeto del programa la generación de estilos, hábitos y conductas de vida saludable, y de esta manera propender por la calidad de vida.	si	brindar conocimiento adecuados de buenos habitos de salud.	planillas de educacion al usuario.
Programar usuarios con los datos completos y confirmarle el dia, la hora de la cita, el sitio de recogida, y las indicaciones para recibir el servicio, cerciorándose que el usuario entendió la información brindada.	si	programar usuarios con datos correctos y completos en el formato pertinente	no aplica
Suministrar los datos y la información en relación al desarrollo de las actividades realizadas cuando el referente los solicite.	si		documentacion respectiva deacuerdo a lo solicitado.
Mantener la confidencialidad en cuando a los datos suministrados por el usuario, tanto datos personales, como de su estado de salud.	si	mantener en confidencialidad la informacion suministrada por los usuarios.	no se ejecuta con soporte fisico.
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano brindados por la Institución.	si	asistir activamente a las capacitaciones.	entrenamiento ruta de la salud
Asistir a las reuniones programadas de servicio al ciudadano, ULC's y demás que sean citadas por el referente.	si	asistir a las reuniones programadas.	no requiere soporte fisico.
Mantener comunicación constante con todo el equipo de la Ruta de la Salud para tener información sobre disponibilidad de cupos de atención para los usuarios en las demás USS.	si	tener una buena comunicación con el equipo para optimizar los tiempos de traslado.	se tiene constante comunicacion con el equipo de trabajo telefonica y via whatsapp
Apoyar los procesos de aplicación, digitación y tabulación de encuestas de satisfacción de Usuarios de la Ruta, cuando se requiera	si	apoyar actividades de oficina cuando se requiera.	no aplica

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1090685 MILLON NOVENTA MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: DIANA CAROLINA BUSTOS VERU CC: 1075270745

Fecha : 30/06/2020 Firma de recibido supervisor: VoBo Maria Andrea Ruiz G.

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075270746
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA CAROLINA BUSTOS VERU BUSTOS VERU
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 1BS NO 78 J 34 CASA BLANCA	TELÉFONO:	4444444
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4340361988	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2020
DIAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/06/02	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990461606

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION	1	$ 26.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 26.400	$ 0	$ 26.400
SUBTOTALES:										$ 26.400	$ 0	$ 26.400

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 21.400	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400
SUBTOTALES:									$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 21.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 1075270746	BUSTOS VERU DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE VOLUNTARIO AL SISTEMA DE RIESGOS LABORALES		$ 877.803				NO																	

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

Nº	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION	30	$ 877.803	$ 26.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 26.400

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

Nº	SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	EPS016-COOMEVA S.A.	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 877.803	107527074	$ 21.400

PARAFISCALES

Nº	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 157.600

Planilla Pagada

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

DIANA CAROLINA BUSTOS VERU

CC. 1.075.270.746 DE BOGOTÁ

La suma de $1.090.685 por concepto de: prestación de servicios como Auxiliar Administrativo I, en la Oficina de Participación Comunitaria y Servicio al Ciudadano durante el periodo de 01 al 30 de junio de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 4566-2020

DIANA CAROLINA BUSTOS VERU

CC. 1.075.270.746 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 550488402432634