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:	Olga Patricia Salamanca												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	51901061							
CORREO ELECTRONICO:	Olgajerusalen@hotmail.com				CELULAR:	3183737133							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Servicio al ciudadano Ruta de la Salud				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16O02	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Caja Social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24045590209								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4567-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 de 4			
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	25011	FECHA	30/04/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de enfermeria 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	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.558.122									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$5.972.801
VALOR EJECUTADO	$5.920.864
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.558.122
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$51.937
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4340930655	877.803	$109.800	$140.500	4	N/A	**$250.300**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
MIRELLA PEÑA ROJAS

Olga Patricia Salamanca
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
Olga Patricia Salamanca

V/B Sofia Martinez

V/B Sindy Marin.

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:	Servicio al Ciudadano - Ruta de la Salud					**Sede: Pablo VI**				
No. DE CONTRATO:	4567-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Olga Patricia Salamanca**		**C. C.**		51.901.061		**DE**		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar revisión cuidadosa de criterios para utilizar el servicio los usuarios (población, documentos, acompañante, sitio destino, entre otros)	SI	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 400 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.	SI	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.	SI	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.	SI	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	SI	Se siguen los recorridos de acuerdo a la programación establecida, cumpliendo con los horarios.	Se envia ubicación en tiempo real através de whasatpp.
6. Responder y confirmar telefonicamente el horario porgramado a los usuarios.	SI	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.	SI	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.	SI	Se registra en los formatos de traslados a todos los usuarios con sus respectivos datos y firma.	En el mes de Abril se registrarón 80 registros.
9. Estabecer comunicación asertiva permanentemente con el auxiliar orientador que se encuentre en cada unidad para coordinar la llegada y recogida de los pacientes.	SI	No plica para este periodo	No aplica.
10. Diligenciar de forma adecuada los formatos del programa, registrando de manera legible, sin tachones ni enmendaduras los datos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas y entregar oportunamente.	SI	Se entregan planillas de traslados sin enmendaduras ni tachones y de forma oportuna.	Se entregan planillas de traslados.
11. Participar en todas las capacitaciones programadas, asi como reuniones con la oficina de servicio al ciudadano, de equipo entre otras.	SI	Asisto activamente todos los viernes al curso de señas, programado por la subred.	Se realizan desinfecciones de los vehiculos los dias viernes de cada semana por el mes de Junio.
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, caracteristicas del programa, entre otros.	SI	Se realizan charlas de temas educativos de acuerdo a la población que se este trasladando y realizar enfasis en derechos y deberes.	Se realizan 80 charlas aproximadamente.
13. Informar inmediatamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	SI	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.	SI	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.	SI	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.	SI	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.	SI	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.	SI	Sen realizan encuestas de satisfaccion a los usuarios de la ruta de la salud.	No aplica para este periodo.
19. Sensibilizar a población beneficiara de la Ruta de la Salud, sobre objetivos, modelo de operación, beneficios, accesibilidad, uso y contraindicaciones del servicio.	SI	No plica para este periodo.	Se socializa a 150 usuarios acerca del programa.
20. Colaborar y asistir a los pacientes sin red de apoyo.	SI	Se realiza apoyo a un usuario.	Planilla de traslados.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.558.122 un millon quinientos cincuenta y ocho mil ciento veintidos pesos moneda cte.

Olga Patricia Salamanca

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: OLGA PATRICIA SALAMANCA CC 51901061

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

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51901061
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OLGA PATRICIA SALAMANCA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA	TELÉFONO:	3115664
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	4340930655		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/07/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990938967

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 140.500
SUBTOTAL:			1	$ 140.500
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900298372	EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1	$ 109.800
SUBTOTAL:			1	$ 109.800

TOTAL PAGADO:	**$ 250.300**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51901081
NOMBRE O RAZON SOCIAL:			OLGA PATRICIA SALAMANCA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA	TELÉFONO:	3115564
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros trabajos de edición.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			4340930655	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	Junio AÑO	2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES Junio AÑO 2020
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (cada/mes/día):			2020/07/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9990938987

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
230301	230301-PORVENIR	1	$ 140,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140,500	$ 0	$ 140,500
SUBTOTALES:										$ 140,500	$ 0	$ 140,500

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
EPSC34	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109,800	$ 0	$ 0	$ 109,800
SUBTOTALES:													$ 109,800	$ 0	$ 0	$ 109,800

Planilla Pagada
SOI
Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	PERSONA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	DTS	DTI	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSION						SALUD						ARP							CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																												ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 51901081	SALAMANCA CAMARGO OLGA PATRICIA	INDEPEND		$ 877,803				NO																			230301-PORVENIR	30	$ 877,803	$ 140,500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140,500	EPSC34-CAPITAL SALUD EPSS	30	$ 877,803	$ 109,800	$ 0	$ 109,800			$ 0		$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 250,300

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 7/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

OLGA PATRICIA SALAMANCA
C.C 51901061

La suma de 1558122 por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería dentro de los diferentes procesos y procedimientos en la **Oficina de Participación al Ciudadano** de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

durante el periodo de 01 JULIO al 31 de JULIO -2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4567-2020

Nombre de contratista

OLGA PATRICIA SALAMANCA

C.C 51901061

Olga Patricia Salamanca.
CC 51901061

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24045590209