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:	Edith Paola Serrato Moreno											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1010226780						
CORREO ELECTRONICO:	edithpaola_11@hotmail.com				CELULAR:	3202532903						
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	%
	PA16C02	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco Caja Social				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	240-621-862-70								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4585-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	25026	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:	$1.469.772										
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:	$5.634.126
VALOR EJECUTADO	$5.585.134
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.469.772
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$48.992
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
1030452391	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

EDITH SERRATO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
EDITH PAOLA SERRATO MORENO

VB Sofía Martínez L

VoBo Sindy Marín

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. SALUD
		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:	4585-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**Edith Paola Serrato Moreno**		**C. C.**		1.010.226.780		**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 405 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 whasalpp.
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 Mayo se registraron 405 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	me presento con el auxiliar de enfermeria de la ruta de la salud para informar la llegada de la ruta y en salas de espera para informarle a los usuarios.	se evidencia en planillas de traslados.
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 32 planillas
11. Participar en todas las capacitaciones programadas, asi como reuniones con la oficina de servicio al ciudadano, de equipo entre otras.	SI	Asisto qactivamente a capacitacion del programa de la ruta de la salud.	No aplica para este periodo.
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 30 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 via 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.	No aplica para este periodo.
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 mayo.	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 via 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 le da informacion en general a los usuarios dentro del vehiculo de la ruta de la salud.
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 beniciara 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 400 usuarios.
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): $1.469.772 un millón cuatrocientos sesenta y nueve setecientos setenta y dos pesos moneda.

EDITH SERRATO

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Edith Paola Serrato Moreno CC 1010226780

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-07-13, 05:07: PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1030452391

Periodo Cotización: junio de 2020 **Periodo Servicio:** junio de 2020

PAGADA 06/07/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	EDITH PAOLA SERRATO MORENO	Nombre Sucursal	Código Sucursal
Documento	CC1010226780	Dirección	CR 8A ESTE #2 - 88
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3331407
Tipo Persona	NATURAL	Forma	UNICA
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	CC null
Total Afiliados	1	ARP	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos Afiliado				Novedades																		Pension			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Nro. Folios	Nro. Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días EFP	Días IRL	Días DIV	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte Sena	Aporte ICBF	ESAE	Aporte Admistrativo	Total
CC 1010226780	EDITH PAOLA SERRATOMORENO	0	3																	0	30	0	PORVENIR	$677.893	$140.500	FAMISANAR EPS	$677.893	$109.800	$0	$0	$0	NINGUNA CCF	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$250.300

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAE	Aportes Mm Educacion	Incapacidades (no reconocidas a favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$8.583.167	$0	$0	$0	$1.370.247	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$61.661.115	$101.988.000	$163.649.115

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de la SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDITH PAOLA SERRATO MORENO

C.C 1010226780 DE BOGOTÁ

La suma de $ 1.469.772, por concepto de: Prestación de servicios como Auxiliar de enfermería , durante el periodo del 01 al 31 de Julio 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4585-2020

EDITH SERRATO

EDITH PAOLA SERRATO MORENO

C.C 1010226780 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NÚMERO 240-621-862-70