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:	LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	52769867						
CORREO ELECTRONICO:	luzangelagangotena@hotmail.com				CELULAR:	3125874915						
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	%
	PA16002	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9515446								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4646-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 4				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	26/05/2020	NÚMERO DE CRP	26675	FECHA	30/06/2020			
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	6	2020		30	6	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:	$4.948.132
VALOR EJECUTADO	$3.478.710
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.469.772
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.469.772
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
8343147321	877.803	$109.800	$26.400	4	N/A	**$136.200**

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

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
MIRELLA PEÑA ROJAS

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ

VB Sofia Martinez

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:	4646-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.020		30	6	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ		**C. C.**	52.769.867			**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 580 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 y buena presentacion personal
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 atrayés 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 llenan planillas de asistencia y confirmacion de citas via telefonica
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 junio se presentan 95 traslados
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 90 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.	no aplica
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 20 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 estabtecer 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 físico.
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 Junio	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 programan las citas , se confirma al usuario.via telefonica
18. Aplicar encuestas de satisfacción del servicio a los Usuarios que utilizan la Ruta de la Salud, previa indicaciones del supervisor.	SI	Se 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.	SI	se sensibiliza al usuario en las charlas educativas dentro del vehiculo sobre como pueden acceder al servicio, población beneficiaria entre otros temas de interés.	Se socializa a 700 usuarios acerca del programa.
20. Colaborar y asistir a los pacientes sin red de apoyo.	SI	durante este mes no se asistio a pacientes sin red de apoyo.	Planilla de traslados.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1'769.772 un millon setecientos sesenta y nueve mil setecientos setenta y dos pesos moneda cte.

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ

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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ**, identificado con **CC** número **52769867**, aportó en nombre de **LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ**, identificado(a) con **CC** número **52769867** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2020-05** y salud **2020-05** de la siguiente manera:

[illegible]	Nombre JP																							
EPS008	Compensar EPS														0		30	$877.803	$109.800	$0	$0	Mayo - 2020	8343147321	08/06/2020	N
230201	Proteccion (ING + Proteccion)														0		30	$877.803	$26.400	$0	$0	Mayo - 2020	8343147321	08/06/2020	N

El presente certificado se expide a los 8 días del mes Junio de 2020

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 005-1

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 06/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ

CC 52769867 DE BOGOTA

La suma de 1.469.772, por concepto de: **prestación de servicio de salud como técnico auxiliar de enfermería en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano,** durante el periodo de **01 de junio al 30 de 2020** conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 4646 - 2020



LUZ ANGELA GANGOTENA ALVAREZ

CC 52769867 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 009515446