

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	1	
		Fecha de aprobación	09/11/2018	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:					ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO					
TIPO DE DOCUMENTO:					C.C	X	C.E	NO.	1233688581	
CORREO ELECTRONICO:					angiearenas.97@hotmail.com					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBÓN					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:					SEDE: Fontibón					
CENTRO DE COSTOS:					Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
					FO03002	100				
ENTIDAD FINANCIERA:					COLPATRIA					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:					004482022714					
TIPO DE CUENTA:					Ahorros					
					PENSIONADO No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:					3923-2020							
NÚMERO DE CDP					574	FECHA		20/04/2020	Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	6		
OBJETO DEL CONTRATO:					Realizar verificación de derechos de los usuarios que requieren servicios por consulta externa, verificación que debe ser realizada en todas las bases de datos							
PERIODO CERTIFICADO:					DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
						1	7	2020		31	7	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$1.374.338							
TIPO DE SERVICIOS					Asistencial				RESERVA DE GLOSA 2%			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:	\$8.246.028
VALOR EJECUTADO	\$8.246.028
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.374.338
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43667154	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700

Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año 2020 lo anterior para que surta el pago pertinente, Cordialmente.

MIRELLA PEÑA ROJAS
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

VoBo Paula Perez

VoBo Sindy Manrí



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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Versión: 2

Fecha de aprobación: 03/04/2017

Código: 04-02-PO-0003

Ubicación del Servicio: ATENCIÓN AL USUARIO

No. DE CONTRATO: 3923/2020

Periodo certificado desde el: 1 de 7 de 2.020

Sede: UMHES II

C. C.: 1233688581

DE: BOGOTÁ

NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como **AUXILIAR ATENCIÓN AL USUARIO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y dar la bienvenida al Usuario, presentándole los servicios del Hospital	SI	* Saludar al usuario informando el nombre y cargo, portando el uniforme diario de acuerdo a las indicaciones.	Diariamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los 19 días hábiles del mes
Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud, diligenciando, elaborando y remitiendo los informes correspondientes a los softwares definidos para tal fin (SIDMA - Causas de inatención e inasistencias, Referencia Externa e Interna, Autorizaciones, Desplazados, Capitados, Direccionamiento) dentro del segundo día hábil de cada mes.	SI	* Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presenten para acceder a los servicios de salud. * Realizar registro de barreras de acceso en el aplicativo SIDMA Elaborar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias	Durante el mes se realizaron 9 registros de barreras en el aplicativo SIDMA y se realizó la entrega mensual del informe Causas de inatención e inasistencias
Informar y educar a los usuarios respecto a Deberes y Derechos, portafolio de servicios, mecanismos de participación, diligenciando el formato para evidenciar tal fin	SI	* realizar y cumplir con el protocolo de charlas en salas de espera y diligenciar el formato de evidencia, entregándolo semanalmente.	Durante el mes se realizaron charlas en sala informando a 238 usuarios.
Gestionar y/o facilitar los trámites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervención en filas, en salas de espera, monitoreo del usuario entre otras.	SI	* Diariamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar filtro en fila * Registro de lista de espera en aplicativo SURESOC	Se reporta diariamente a los usuarios y a la líder la disponibilidad de agenda y se realiza registro de 9 usuarios en lista de espera
Aplicar encuestas de satisfacción y realizar la entrega oportuna de las mismas, es decir el segundo día hábil de cada mes y diligenciar las encuestas según la meta planteada	SI	* Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados	Durante el mes se realizaron 27 encuestas de satisfacción
Orientar al paciente y a su familia en la utilización de los servicios, recursos dentro y fuera del hospital y brindar al usuario la información acerca del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud, ejercer acciones de mercadeo para captar Usuarios	SI	* Realizar y registrar en el aplicativo SIDMA orientaciones al paciente y a su familia en la utilización de los servicios, recursos dentro y fuera del hospital y brindar al usuario la información acerca del acceso al Sistema General de Seguridad Social en Salud	Durante el mes se realizaron 59 registros de Orientaciones en el aplicativo SIDMA
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	SI	Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	Realizo todas las actividades asignadas por el supervisor

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,374,338 UN MILLON TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS

CONTRATISTA: Angie Dayanna Arenas Moreno

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: [Firma]

Fecha: dd/mm/aaaa

Firma de recibido supervisor: [Firma]

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

Vobos Paula Popez

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)
CC	1235685531	ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO	CL 70a bis 113 78	321 9557321	angiearenas.57@hotmail.com	PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.	2020-06	2020-06

ALLE POR COTIZANTE		INFORMACIÓN COTIZANTE		INFORMACIÓN NOVEDADES		PENSION		SALUD		RESCOS LABORALES		CCF		PARAMORALES	
No. de identificación	Apellido y Nombre	Cédula	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación	Identificación
C	ARENAS MORENO ANGIE DAYANNA	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301	230301

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA ✓
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO ✓
C.C 1.233.688.581 DE BOGOTA D.C.

La suma de \$1.374.338, por concepto de: Prestación de servicios de salud como auxiliar servicio al ciudadano en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano durante el periodo de 01 al 31 de Julio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3923/2020. ✓

 ✓
Angie Dayanna Arenas Moreno

C.C. 1.233.688.581 DE Bogotá D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO COLPATRIA

NUMERO 004482022714