

 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 TESORERÍA	Versión	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. ESTADO GENERAL DE LA CIUDAD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		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				CELULAR:				3219957521			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FONTIBÓN							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ATENCIÓN AL USUARIO				SEDE:				Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		FO03002	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:				Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA								004482022714				PENSIONADO No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3923-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9 ✓					
NÚMERO DE CDP		1380 ✓	FECHA	25/09/2020 ✓	NÚMERO DE CRP		42790 ✓	FECHA	30/09/2020 ✓		
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	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
					1	10	2020		31	10	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES				\$1.374.338							
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%				N/A			

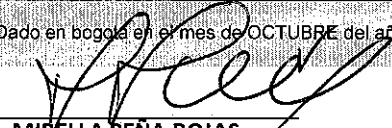
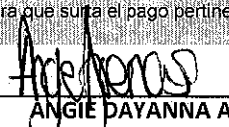
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$12.369.042 ✓
VALOR EJECUTADO	\$12.369.042
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.374.338
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100% ✓

El intervisor 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
758401014 ✓	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700 ✓

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE 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

Vobos Paula Lopez

 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:	ATENCIÓN AL USUARIO	Sede: UMHE II
No. DE CONTRATO:	3923/2020	Período certificado desde el
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO	C. C. 1233688581
		DE BOGOTÁ

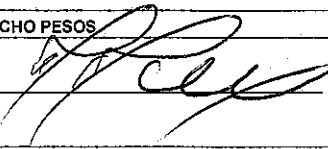
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR ATENCIÓN AL USUARIO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente. OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y dar la bienvenida al Usuario, presentándole los servicios del Hospital. 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 22 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, Direccinamiento) 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 7 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 realizó charlas en sala informando a 312 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 7 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 34 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 61 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

Angie Dayanna Arenas Moreno CC 1233688581 NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 	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.

VoBo Paula Lopez

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 Octubre 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 COLPATRIA

NUMERO 004482022714

DATOS GENERALES		PERIODO DE COTIZACION		PENSIONES, RIESGOS LAB., CCF, SENA, ICBF		CLASE DE APORTANTE		CÓDIGO ARL		CÓDIGO OPERADOR	
TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	TIPO EMPRESA	PEQUEÑO	GRANDE	INDEPENDIENTE	14-11	83
CC	123988581	JANE DAVANNA ARENAS MORENO	U C S D			PÚBLICA	☒	☐	☐		
DIRECCIÓN	CÓDIGO MUNICIPIO	CÓDIGO DEPARTAMENTO	CÓDIGO DEPARTAMENTO	TELEFONO	FAX	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	Nº AUTORIZACION	
Co. Tol. 311720	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	3219857821	3219857821	9608	0	1	2020/1/01	75941014	

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA											
COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA											
COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES											
COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CUJAS POR ADMINISTRADORA											
COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES											
COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CUJAS POR ADMINISTRADORA											
COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CUJAS POR ADMINISTRADORA											
COD APP	NIT APP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL APORTANT	FOONDO SOLI PENS	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO	INTERES FONDO
14-11	123988581	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0
DIAS	INTERES FONDO	SUO TOTAL APORT	VALOR A FAVOR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR	VALOR A PAGAR
0	0	140.500	0	0	0	0	0	0	0	0	0