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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BRANDON GABRIEL BULLA ABRIL												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012398045							
CORREO ELECTRONICO:	brandon.1405@hotmail.com				CELULAR:	3223025251							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					UMHES FONTIBON								
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	%	
	FO01O02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24077395115								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4744 - 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3			
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	26/05/2020	NÚMERO DE CRP	26726	FECHA	30/05/2020			
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	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.569.036									
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:	$ 4.184.096
VALOR EJECUTADO	$ 4.184.096
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 1.569.036
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9406673598	$877.803,00	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

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

MIRELLA PEÑA ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Brandon Gabriel Bulla
BRANDON GABRIEL BULLA ABRIL
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

VoBo Paula Pajes

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.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ATENCIÓN AL USUARIO		Sede: UMHES II							
No. DE CONTRATO:	4744 - 2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	BRANDON GABRIEL BULLA ABRIL		C. C.	1012398045		DE	BOGOTA		

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 ATENCION AL USUARIO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur OccidenteOBJETO 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 ATENCION AL USUARIO** de la Subred Integrada de

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 HospitalRecibir y dar la bienvenida al Usuario, presentándole los servicios del Hospital	SI	*Saludar al usuario informando el nombre y cargo, portando el uniforme diario deacuerdo a las indicaciones.	Diariamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los 20 dias habiles 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 dia habil 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 * Elavorar informe mensual de Causas de inatención e inasistencias	Durante el mes se realizaron 6 registros de barreras en el aplicativo SIDMA y se realizo 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 participacion, 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, entregandolo semanalmente.	Durante el mes se realizo charlas en sala informando a 223 usuarios.
Gestionar y/o facilitar los tramites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervencion en filas, en salas de esperera, 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 lider la disponibilidad de agenda y se realiza registro de 0 usuarios en lista de espera
Aplicar encuestas de satisfaccion y realizar la entrega oportuna de las mismas, es decir el segundo dia habil de cada mes y diligenciar las encuestas según la meta planteada	SI	* Realizar encuentas de satisfaccion a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados	Durante el mes se realizaron 22 encuestas de satisfaccion
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 plaicativo 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 8 registros de Orientaciones en el aplicativo SIDMA
Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.	SI	Todas las demas 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): 1,569,036 UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CERO TREINTA Y SEIS PESOS.

Brandon Gabriel Bulla 1012398045

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Bulla Abril

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012398045		BRANDON GABRIEL BULLA ABRIL	INDEPENDIENTE	Principal	calle 13# 37-53	SOACHA-CUNDINAMARCA	9024844	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	46076335	9406673598	I	2020/07/10	2020/07/03	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700

2020/07/03 01:10 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BRANDON GABRIEL BULLA ABRIL

C.C 1.012.398.045 DE BOGOTA D.C.

La suma de $1.569.036, 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 4744/2020.

Brandon Gabriel Bulla A.

BRANDON GABRIEL BULLA ABRIL

C.C. 1.012.398.045 DE Bogotá D.C.

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24077395115