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 BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52178660						
CORREO ELECTRONICO:	angorti@yahoo.com				CELULAR:	3125076786						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDADES DEL SUR USS 68 BRITALIA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Oficina Asesora de Desarrollo Institucional				SEDE:	USS 68 BRITALIA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU54T08	100		100								
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			9570321548						PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3590-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		pago 2 de 3					
NÚMERO DE CDP	27	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP	15660	FECHA	31/01/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INTITUCIONAL.										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2020		31	3	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338										
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$4.123.014
VALOR EJECUTADO	$2.748.676
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.374.338
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 $2.194.508, 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
8340958005	**$877.803**	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.557**

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

Dra. LILIANA RÍOS VELANDIA Jefe Oficina de Desarrollo Institucional
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA - CC 52178660
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	DESARROLLO INSTITUCIONAL			**Sede: PAPS 68 BRITALIA -PAPS 65 DINDALITO**					
No. DE CONTRATO:	3590-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.020		31	3	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA		**C. C.**	52.178.660		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de Apoyo la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Desarrollo Institucional 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 ____ NO ____ Servicios: SI _x__ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	**PROGRAMADO**	se realizo archivo y custodia de historias según normatividad vigente	Entrega de Historias Clinicas , Para Facturacion Y Autorizaciones de Usuarios
2. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	**PROGRAMADO**	Recolección Verificación y Consolidación de Informes de Gestión de los Profesionales de las Diferentes Áreas por Punto de Atención	Cumplir Mensualmente con la Entrega de Informes Según Cronograma Establecido para el Mes
3. Participar en la programación de las actividades del área.		Participacion en Induccion de Archivo Documental Frente a Realizacion de Inventarios de las Unidades	Induccion por Gestion Documental
4. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	**PROGRAMADO**	Verifique los registros individuales de prestación de servicios diligenciados por los profesionales antes de su digitación y consolidación.	Completar la digitación de Rips de cada profesional de los servicios de (medicina,odontologia y enfermeria por el nuevo sistema de DINAMICA
5. Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio	**PROGRAMADO**	Mantener una Actitud Respetuosa y Humana Frente a los Usuarios y a los Compañeros de Trabajo	Se Brinda una Atención Cálida con el Usuario y Trabajamos en Equipo con Nuestros Compañeros de Trabajo
6 Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.15. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	**PROGRAMADO**	se presenta informe de actividades y certificacion de cumplimiento al supervisor del contrato	SE CUMPLE CONFORME A LO QUE RIGE la subred suroccidente
7. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	**PROGRAMADO**	se da un uso racional de los SUMINISTRO entregados por la subred suroccidente	ENTREGA DE LOS INSUMOS SUMINISTRADOS POR LA SUBRED SUROCCIDENTE EL FUNSIONAMIENTO DE LA UNIDAD
8. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	**PROGRAMADO**	participe en las capacitaciones virtuales programadas por la subred suroccidente	se realizaron las encuestas programadas por la subred suroccidente
9. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	**PROGRAMADO**	Cumpli con el manual de procesos y procedimientos de la Institución.	Se cumple con los procesos y procedimientos vigentes de la entidad
10. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	**PROGRAMADO**	Brinde trato humano, etico y calido con el cliente interno y externo de la institucion	Se cumple con brindar el trato ético y cálido a usuarios y compañeros del PAPS
11.Registrar las actividades realizadas relacionadas con la realización de las actividades de acuerdo con el sistema de información de la Subred	**PROGRAMADO**	Recolección Verificación y Consolidación de Informes de Gestión de los Profesionales de las Diferentes Áreas por Punto de Atención	Cumplir Mensualmente con la Entrega de Informes Según Cronograma Establecido para el Mes
12. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	**PROGRAMADO**	Adelantar los Tramites Requeridos para la Presentación de las Cuentas de Cobro al Área Financiera	Se Aportan Soportes de Cumplimiento de la Orden de Prestación de Servicios y de los Pagos Realizados a Seguridad Social Previa Verificación y Aval del Supervisor
13.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. ".	**PROGRAMADO**	cumplimiento de las demas actividades objeto del contrato programadas por la subred suroccidente	Se cumple con los procesos y procedimientos vigentes de la subred suroccidente

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un Millón trescientos setenta y cuatro mil trescientos treinta y ocho Pesos Moneda Corriente ($1.374.338.oo)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Angelica Maria Ortiz Ospina
52178660 Angelica M. Ortiz

Fecha : _____

supervisor: _____ Firma de recibido

Dra. LILIANA RÍOS VELANDIA Jefe Oficina de Desarrollo Institucional

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA
No. Identificación: CC52178660
Dirección: CRA 20 A 172 30 INT 9 APTO 310
Telefono: 4725414
Correo: ANGORTI@YAHOO.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8340958005

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA
Tipo y número de identificación	CC52178660
Número de planilla	8340958005
Fecha pago	2020-03-06
Número de autorización pago	35322702
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2020
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	271700
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	140500	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

8340958005

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52178660
APELLIDOS Y NOMBRES: ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información