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. SALUD
		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 9 de 9				
NÚMERO DE CDP	1388	FECHA	28/09/2020	NÚMERO DE CRP	42508	FECHA	30/09/2020				
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	10	2020		31	10	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:	$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 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
45690243	**$877.803**	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.557**

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

Dra. LUZ JEANETTE CORTES QUIROGA Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (E)
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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		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	10	2.020		31	10	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,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Angelica Maria Ortiz Ospina
52178660 Angelica M. Ortiz

Fecha : ____/____/____

supervisor:

Firma de recibido

Dra.LUZ JEANETTE CORTES QUIROGA Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional (E)

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52178660	ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA	CRA 20 A 172 30 INT 9 APTO 310	4725414	ANGORTI@YAHOO.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-09	2020-09	I	06/10/2020	45690243	$271.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	271.700	271.700

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52178660	ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA	CRA 20 A 172 30 INT 9 APTO 310	4725414	ANGORTI@YAHOO.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-09	2020-09	I	06/10/2020	45690243	$271.700

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cólom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	52178660	ORTIZ OSPINA ANGELICA MARIA	59	0			N																	25-14	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

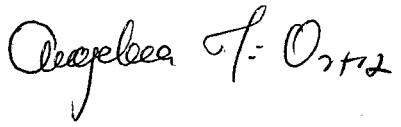
DEBE A:

ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA

CC 52178660 DE BOGOTÁ

La suma de $1374338 por concepto de: Prestación de Servicios como: AUXILIAR I en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de Octubre 1 al 31 de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3590-2020

FIRMA



ANGELICA MARIA ORTIZ OSPINA

NOMBRES Y APELLIDO CONTRATISTA

CC 52178660 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 009570321548