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.
		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:	anglearenas.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	%
	FO03O02	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARÍA	004482022714								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	247-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1					
NUMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2021	NUMERO DE CRP	10739	FECHA	31/01/2021			
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	2	2021		28	2	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.422.440									
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:	$4.267.320
VALOR EJECUTADO	$1.422.440
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.422.440
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.844.880
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 **$2,271,315** 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
48080799	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en bogotá en el mes de FEBRERO del año 2021 lo anterios para que surta el pago pertinente, Cordialmente.

YULI ANGÉLICA LOZANO GUARNIZO (E)
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

VoBo Sindy R.

VoBo Paula López

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:	247-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	2	2.021		28	2	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO			**C. C.**	1233688581			**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 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 ATENCION 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 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 22 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 8 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 490 usuarios.
Gestionar y/o facilitar los tramites que requiera el usuario para su acceso a los servicios a través de diferentes estrategias como: intervención en filas, en salas de esperera, monitoreo del usuario entre otras.	SI	* Diariamente informar la agenda disponible a los usuarios para realizar flitro 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 5 usuarios en lista de espera
Aplicar encuestas de satisfaccion y realizar la entrega oprtuna 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 41 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 86 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):1,422.440/UN MILLON CUATROCIENTOS VIEINTI DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS

Angie Dayanna Arenas M. 1233688581

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Angie Arenas

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 13

YULI ANGÉLICA LOZANO GUARNIZO (E)

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

Vo Bo Paula Lopez

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO**, identificada con **CC** número **1233688581**, aportó por el empleado **ANGIE DAYANNA ARENAS MORENO** identificado(a) con **CC** número **1233688581** quien se encuentra registradoa a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2021-1 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	5 9															0		30	$908,526	0.12500	$113,600	$0	$0	Enero - 2021	48080799	05/02/2021	No
230301	Porvenir	5 9															0		30	$908,526	0.16000	$145,400	$0	$0	Enero - 2021	48080799	05/02/2021	No
14-11	ARL SURA	5 9															0		30	$908,526	0.02436	$22,200	$0	$0	Enero - 2021	48080799	05/02/2021	No

PAGADA

El presente certificado se expide a los 15 días del mes February de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

icontec ISO 9001 CO-SC5592-16

icontec ISO / IEC 27001 CO-SI009-1

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

La suma de $1.422.440 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 28 de Febrero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 247/2021.

Angie Dayanna Arenas Moreno

C.C. 1.233.688.581 DE Bogotá D.C

CUENTA DE AHORROS COLPATRIA

NUMERO 004482022714