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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA MARCELA HERNANDEZ GOMEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1023904539						
CORREO ELECTRONICO:	marcele9024@hotmail.com				CELULAR:	3124544868						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Servicio al ciudadano Ruta de la Salud				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16O02	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA	550498415727137								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4509-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	1 de 3					
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	14808	FECHA	31/01/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo, asistencial y de acompañamiento en el area de enfermeria 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 ya las obligaciones propias de enfermeria en la ruta de la salud.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	2	2021		28	2	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.612.620									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

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:	$4.837.860
VALOR EJECUTADO	$1.612.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.612.620
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.225.240
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
48196841	908.526	$113.600	$145.400	4	N/A	**$259.000**

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Marcela Hernandez

NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR
YULY ANGELICA LOZANO GUARNIZO (E)

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
LINA MARCELA HERNANDEZ GOMEZ

V.B.

Vobo Sindy

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:	Servicio al Ciudadano - Ruta de la Salud				**Sede: Pablo VI**					
No. DE CONTRATO:	4509- 2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.021		28	2	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA MARCELA HERNANDEZ GOMEZ		**C. C.**		1.023.904.539		**DE**		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL Y ACOMPAÑAMIENTO EN EL AREA DE ENFERMERIA 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 _x___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Realizar revisión cuidadosa de criterios para utilizar el servicio los usuarios (población, documentos, acompañante, sitio destino, entre otros)	SI	Se realiza revisión y verificación de documentos presentados por el usuario para determinar si cumple con las condiciones de ruta, para poder realizar su traslado, e informar a la oficina para que se adelante la investigación.	Se realiza revisión de los documentos requeridos 100 sin ningun tio de novedad.
2. Dar la bienvenida para el ingreso a la ruta, ubicar y acomodar a los usuarios y a sus acompañantes de acuerdo a la Unidad de destino y verificar que todos tengan las medidas de seguridad pertinentes (cinturón, posición, anclajes) para iniciar el recorrido segun programación.	SI	Realizar el ingreso de usuarios al vehículo con las precauciones pertinentes según corresponda, ajustar cinturón de seguridad, realizar presentación de auxiliar y conductor e informar el recorrido que se va a realizar .	Se realiza actividad de acuerdo a lo indicado.
3. Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de sus actuaciones individuales y del porte adecuado del uniforme acordado y del carnet institucional, durante la ejecución de sus actividades.	SI	Se vela por portar el uniforme limpio, impecable y con buena presentación personal, utilizando los distintivos de la institución.	Uniforme de acuerdo a lo establecido.
4. Brindar un trato respetuoso y humanizado tanto al cliente interno como al externo.	SI	Se brinda un trato amable, cordial y humanizado al usuario y demás colaboradores.	Ambiente de respeto y calidez.
5. Organizar y cumplir con los recorridos programados de la Ruta de la Salud según manual de procesos y procedimientos de la Ruta de la Salud	SI	Se siguen los recorridos de acuerdo a la programación establecida, cumpliendo con los horarios.	Se envia ubicación en tiempo real através de whasatpp.
6. Responder y confirmar telefonicamente el horario porgramado a los usuarios.	SI	Se llama al usuario, se le confirma la hora de recogida y se le informa de los posibles cambios y/o novedades.	Se diligencian las panillas de programación.
7. Anunciar la llegada y salida de la ruta de la salud en todos los centros de salud a donde acuda el vehiculo, tanto a los colaboradores como a las personas que se encuentran en cada punto.	SI	Me presento con el auxiliar de servicio al ciudadano para informar la llegada de la ruta y en salas de espera para informarle a los usuarios.	Planillas de traslado.
8. Informar a la coordinación diariamente el numero de personas y traslados, inasistencias, pacientes nuevos, tralamintos terminados y cualquier evento que se presente.	SI	Se registra en los formatos de traslados a todos los usuarios con sus respectivos datos y firma.	Se entregan 10 planillas de traslados.
9. Estabecer comunicación asertiva permanentemente con el auxiliar orientador que se encuentre en cada unidad para coordinar la llegada y recogida de los pacientes.	SI	no aplica para este periodo.	No aplica.
10. Diligenciar de forma adecuada los formatos del programa, registrando de manera legible, sin tachones ni enmendaduras los datos de los usuarios y acompañantes en las planillas respectivas y entregar oportunamente.	SI	Se entregan planillas de traslados sin enmendaduras ni tachones y de forma oportuna.	Se entregan planillas de traslados.
11. Participar en todas las capacitaciones programadas, asi como reuniones con la oficina de servicio al ciudadano, de equipo entre otras.	SI	se asiste a curso de señas los dias miercoles	se asite a curso lenguaje de señas.
12. Realizar charlas de educación a los usuarios durante los traslados o en salas de espera de las Unidades de Servicios de Salud de la Subred Suroccidente, sobre temas como derechos y deberes, lavado de manos, horarios de porgramación del servicio, caracteristicas del programa, entre otros.	SI	Se realizan charlas de temas educativos de acuerdo a la población que se este trasladando y realizar enfasis en derechos y deberes.	Se realizan 100 charlas aproximadamente.
13. Informar inmediatamente sobre cualquier eventualidad que interfiera con el adecuado cumplimiento de los objetivos establecidos.	SI	Se mantiene comunicación con la oficina de la ruta y el quipo de trabajo vía telefónica, presencial o whatsapp.	No se presentaron eventualidades.
14. Mantener, responder y hacer uso racional del equipo de comunicación (celular), mantenerlo prendido y en disponibilidad cuando se requiera.	SI	Se mantiene en buenas condiciones la dotación suministrada por la subred para poder establecer comunicación con el equipo de trabajo. y se contesta de forma oportuna.	Comunicación acertiva y efectiva con el equipo de trabajo de la ruta de la salud.
15. Mantener la confidencialidad de la información y datos suministrados por los usuarios que utilizan el servicio de la Ruta.	SI	Se mantiene confidencialidad de la información suministrada por los usuarios.	No se ejecuta con soporte físico.
16. Entregar al supervisor dentro de los 3 primeros dias habiles del mes el informe de traslados realizados y actividades ejecutadas en el mes inmediatamente anterior en los formatos establecidos.	SI	se ahace entrega oportuna los informes del mes de diciembre	formato entregado
17. Informar al usuario objeto de traslado, el dia, la hora de la cita, el sitio de recogida, y las indicaciones para recibir el servicio, cerciorándose que el usuario entendio la información brindada.	SI	se le informa al usuario via telefonica o personalmente la hora de recogida, el sitio de recogida y se le da informacion de los requisitos establecidos para poda acceder al servicio.	se registra en planillas de control de llamadas
18. Aplicar encuestas de satisfacción del servicio a los Usuarios que utilizan la Ruta de la Salud, previa indicacionas del supervisor.	SI	se realizan encuestas de satisfaccion de los usuarios de la ruta de la salud.	No aplica para este periodo.
19. Sensibilizar a población beneficiara de la Ruta de la Salud, sobre objetivos, modelo de operación, beneficios, accesibilidad, uso y contraindicaciones del servicio.	SI	se le brinda informacion al usuario a cerca del programa ruta de la salud, informando horarios, población beneficiaria y modelo de operación del programa.	Se socializa a 280 usuarios acerca del programa.
20. Colaborar y asistir a los pacientes sin red de apoyo.	SI	Se realiza apoyo a un usuario.	Planilla de traslados.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.612.260/Un millon seisientos doce mil docientos sesenta pesos moneda cte

Marcela Hernandez

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:LINA MARCELA HERNANDEZ GOMEZ CC: 1023904539

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.

ARUS
Tecnología + Información + Conocimiento

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-02-19, 11:54:34 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 48196841

Periodo Cotización: Enero 2021 **Periodo Servicio:** Enero 2021

PAGADO 19/02/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HERNANDEZ GOMEZ LINA MARCELA		
Documento	CC 1023904539	**Dirección**	CALLE 13 # 79C 11
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3124544868
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	HERNANDEZ GOMEZ LINA MARCELA	**Identificación**	CC 1023904539
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARL

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	VSP	Vsb	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días TAP	Días EVE	Días AVP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mineducación	Total
CC 1023904539	HERNANDEZ GOMEZ LINA MARCELA	01	01																0	30	30	30	0	(231001) PORVENIR	$908.526	$145.400	(EPS008) COMPENSAR EPS	$ 908.526	$113.600		$ 0	$0	(NIN-CCF) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$259.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$0	$145.400	$ 113.600	$0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$259.000	$ 0	$259.000

ARUS, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LINA MARCELA HERNANDEZ GOMEZ

C.C 1023904539 DE BOGOTA

La suma de $ 1,612.260 por concepto de: prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería en la ruta de la salud durante el periodo de 01 de febrero al 28 de febrero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4509 -2021.

Marcela Hernandez

LINA MARCELA HERNANDEZ GOMEZ

C.C 1023904539 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 0550488415727137