

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		REINA LISBETH RODRIGUEZ MAHECHA					
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C.	X	C.E.	NO.		1.012.451.885
CORREO ELECTRONICO:		reinaliz123@gmail.com			CELULAR:		3138816425
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		USS BOSA					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		Participación social y Servicio al Ciudadano			SEDE:		BOSA
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo
	BO35002	100					
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		AHORROS
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488403245852					PENSIONADO No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		2961-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5	
NÚMERO DE CDP	574	FECHA	20/04/2020	NÚMERO DE CRP	23762	FECHA	30/04/2020
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Participación y Servicio al ciudadano 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.					
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA
			1	6	2020		30
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.569.036					
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%		NO APLICA	

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$9.414.216
VALOR EJECUTADO	\$7.845.180
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.569.036
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.569.036
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9405889636	\$877.803	\$109.800	\$26.400	3	\$21.400	\$157.600

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

MIRELLA PENA ROJAS

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

REINA LISBETH RODRIGUEZ MAHECHA

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

 GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión Fecha de aprobación Código:	2 3/04/2017 04-02-FO-0003	 GOBIERNO DEL DEPARTAMENTO DE BOYACÁ	
Ubicación del Servicio:		ATENCIÓN AL USUARIO		Sede: USS BOSA			
No. DE CONTRATO:		2961-2020		Período certificado desde el			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		REINA LISBETH RODRIGUEZ MAHECHA		Día Mes Año		1 6 2.020	
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 ADMINISTRATIVO ATUS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente		El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI NO		Servicios: SI X NO		1.012.451.885 DE BOGOTÁ	
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMA DO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS	
Recibir y dar la bienvenida al Usuario, presentándole los servicios del Hospital		SI		* Saludar al usuario informando el nombre y cargo, portando el uniforme diario de acuerdo a las indicaciones.		Diariamente se dio la bienvenida a los usuarios y se porta el uniforme los días hábiles del mes.	
Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presentan 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, Capitales, Direccionamiento) dentro del segundo día hábil de cada mes.		SI		* Resolver oportuna y eficazmente los inconvenientes que los usuarios presentan para acceder a los servicios de salud. * Realizar registro de barreras de acceso en el aplicativo SIDMA * Elaborar Informe mensual de Causas de Inatención e Inasistencias		Durante el mes se realizaron 0 registros de barreras en el aplicativo SIDMA y se realizó 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 participación, 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, entregándolo semanalmente.		Durante el mes se realizó 350 charlas en sala informando a mínimo usuarios, acompañado de orientación y acompañamiento a servicios.	
Aplicar encuestas de satisfacción y realizar la entrega oportuna de las mismas, es decir el segundo día hábil de cada mes y diligenciar las encuestas según la meta planteada		SI		* Realizar encuestas de satisfacción a los usuarios que hacen uso de los servicios en cada uno de los servicios estipulados		Durante el mes se realizaron 80 encuestas de satisfacción en urgencias.	
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 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 Orientaciones para otras entidades.	
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.		SI		Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean a fines al desarrollo del Objeto del contrato.		Realizo todas las actividades ordenadas por el supervisor, Como: reprogramación y asignación de agendas de las diferentes especialidades canceladas.	
OBSERVACIONES:							
TOTAL A PAGAR (1.568.036) UN MILLÓN QUINIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL CERO TREINTA Y SEIS PESOS							
Reina Rodriguez		1012451885		Fecha: 30/06/2020 Firma de recibido supervisor:			
REINA LISBETH RODRIGUEZ MAHECHA C.C. 1012451885							

Diana Carolina Lozano Muñoz
 Trabajadora Social
 RP. 176475323-1

Comprobante Liquidación

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																										
Identificación	dv	Razon social	Clase Aportante	Sucursal principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF																																																		
CC 1012451885		RODRIGUEZ MAHECHA REINA LISBETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 83 a # 73-53 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7781928	No																																																		
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																																																										
Periodo		Clave	Tipo		Fecha		Pago																																																			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora		Valor																																																
2020-05	2020-05	9405889636			2020/06/19																																																					
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																										
EMPLEADO										NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes																	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	gel	lma	vac	avp	vct	th	vip	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte	Código	Días	IBC	Aporte																			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						\$877,803	\$26,400			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$21,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$157,600
Centro de trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						\$877,803	\$26,400			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$21,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$157,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						\$877,803	\$26,400			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$21,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$157,600
1.	CC 1012451885	RODRIGUEZ REINA																		230301	30	\$877,803	\$26,400	EP5017	30	\$877,803	\$109,800		0	\$0	\$0	14-11	30	\$877,803	\$21,400	0	\$0	\$0	\$0	No		\$157,600																
Total Afiliados (1)																						\$877,803	\$26,400			\$877,803	\$109,800			\$0	\$0			\$877,803	\$21,400			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$0	\$0			\$157,600				
RESUMEN DE PAGO																																																										
RIFSECO	CODIGO	NTY	OV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR																																																	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$26,400	\$0			\$26,400																																																	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$26,400	\$0			\$26,400																																																	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$21,400	\$0			\$21,400																																																	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$21,400	\$0			\$21,400																																																	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$109,800	\$0			\$109,800																																																	
FAMISANAR	EP5017	830,003,564	7	1	\$109,800	\$0			\$109,800																																																	
TOTAL				1	\$157,600	\$0			\$157,600																																																	

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

REINA LISBETH RODRIGUEZ MAHECHA

CC. 1.012.451.885 DE BOGOTA.

La suma de \$1.569.036, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE SERVICIO AL CIUDADANO EN LA OFICINA DE PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. 2961-2020.



REINA LISBETH RODRIGUEZ MAHECHA

CC. 1.012.451.885 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 550488403245852

440