182

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	1012446662						
CORREO ELECTRONICO:	mmmolina1721@gmail.com				CELULAR:	3213354583						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K32	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488413926426								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3654-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	626	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	27426	FECHA	30/04/2021			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistenciar en el area de PIC 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	MES	AÑO		
		1	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.232.442									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$8.894.341
VALOR EJECUTADO	$8.894.341
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.232.442
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 **$2.271315** 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9419170905	$ 908.526	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año DOS MIL VENTIUNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Angie Salamanca
ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ

CC 1012446662 DE BOGOTA

La suma de $2.232.442 Dos millones doscientos treinta y dos mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos, por concepto de servicios AUXILIAR EN ENFERMERIA Técnico 1 durante el periodo de 01/05/2021 al 31/05/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3654/2021

Angie Salamanca

ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ

CC 102446662 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 5500488413926426

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 Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VSP		**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	3654-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.021		31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ		**C. C.**	1.012.446.662		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistenciar en el area de PIC 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.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,anexos operativos e instrucitivos definidos por la SDS y la institución.	SI	1. Se ejecutan las activades del mes de de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios	1. Base consolidado pasajero sintomatico diligenciadas MAYO 2021. 2. Base de aeronaves diligenciadas MAYO 2021 3. Formatos de comunicación de riesgo MAYO 2021
2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	1. Soportes de envió vía web de Consolidado general de seguimientos COVID 19 Aeropuerto internacional el Dorado.	1. Se realizó y se envió de forma oportuna el informe diario del consolidado general de seguimientos COVID19 mes de MAYO 2021.
3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	SI	1.Toma de temperatura,captacion de pasajeros de paises de riesgo	1.Toma de temperatura,captacion de pasajeros de paises de riesgo
4- Realizar la búsqueda activa comunitaria (BAC) con sus implicaciones barrido de casa, verificación de esquema de vacunas y fortalecer el cumplimiento del esquema en las poblaciones vulnerables.	SI	1.Busqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a Centro Médico Colsanitas el Dorado , para valoración medica. 2.Revisión de declaraciones general de aeronaves (n=19) parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a inmigración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos a bordo. 3.Comunicación de riesgo a viajeros, proveer información de prevención y medidas de auto cuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo de enfermedades trasmisibles y vectoriales o demás alertas epidemiológicas. Como Sarampión, Fiebre amarilla, Virus del Ébola,COVID 19 con métodos de prevención a través de vacunación y canalización al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades y alertas ambientales. (n=250). 4.Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20, 30 de MAYO 2021.	1. Envío de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves. 2. Base consolidado diario de aeronaves y envio base de datos 10,20,30de MAYO de 2021 3. Aplicacion encuesta a pasajeros provenientes de los paises en alerta de COVID 19 4. Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20,30 de MAYO de 2021
5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación.	NO	1.Se capta y se canalizan al punto de vacunación del Aeropuerto Internacional	1.No se programa para este mes
6- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna.	SI	1. Se realizó actividades en el proyecto de acciones integradas de puntos de entrada los días 1,2,4,6,7,10,12,15 ,16,18,20,21,24,26,29,30 de MAYO de 2021. 2. Registro fotográfico de realización de comunicación de riego los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2021,	1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno. 2.Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20,30 de MAYO de 2021
7- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés.	SI	1. Se realizó canalización a viajeros al area del Centro Medico Colsanitas El Dorado, si se requiere	1. Se realizó canalización de pacientes al Centro Medico Colsanitas El Dorado.
8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del Hospital (comité PAI, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento socializando posteriormente la información obtenida.	SI	1. Se asistió a reunión de línea 14 de MAYO del 2021	1. Acta y listados de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de canalización de pacientes, comunicación de riesgo.	1.Se realizó actualización de bases de reporte diarios físicos y magnético mes MAYO de 2021
10-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.	SI	Se realizó envió de forma oportuna de los siguientes soportes: 1. Base Consolidado de Aeronaves los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2021. 2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2021. 3. Matriz de seguimiento de pasajeros con alguna sintomatología los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2021.	1. Envío vía correo electrónico base de datos Envío los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2021 2. Envío registro fotográfico los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2021. 3. Envío matriz de seguimiento los días 10, 20 y 30de MAYO de 2021.
11-Participara en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	1. Se entrega soportes en pre auditorio de las acciones realizadas en el mes de MAYO del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios.	1. Acta y listado de asistencia certificación.
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	1.Entrega de soportes los dias 10 ,20 y 30 de MAYO 2021	1. No aplica
13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	1.Archivo Fotografico , base de Aerolineas, base de síntomaticos	1.Soporte en DRIVE de base de Aeronaves, base de sintomaticos.
14. Apoyar las jornadas , eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formuclacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	SI	1.Contingencia por COVID 2021	1.Contingencia por COVID 2021
15- Realizar actividades de contención y7o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito Capital en el marco del contrato PSOC, disponiendo de recur5sos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y nlineamientos emanados por el mivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	SI	1. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios positivos y contactos directos, diligenciando base de datos, a diario y revisión de los tres puntos de entrada	1. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios positivos y contactos directos, diligenciando base de drive, Acta de revisión de productos del mes de MAYO 2021

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.232.442 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/C

CONTRATISTA Angie marcela salamanca 1012446662 | 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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012446662		ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ	INDEPENDIENTE	Principal	CRA 19C # 86-30 OF 705	SOACHA-CUNDINAMARCA	3354583	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	980784327	9419170905	I	2021/05/14	2021/05/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$22,200**		**$0**	**$0**		**$281,200**
Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)																						**$908,526**	**$145,400**			**$908,526**	**$113,600**			**$0**	**$0**			**$908,526**	**$22,200**		**$0**	**$0**		**$281,200**
1	CC	1012446662 SALAMANCA ANGIE																		230301	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0	No	$281,200
Total	**Afiliados(1)**																					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0		$281,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1012446662		ANGIE MARCELA SALAMANCA MARTINEZ	INDEPENDIENTE	Principal	CRA 19C # 86-30 OF 705	SOACHA-CUNDINAMARCA	3354583	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	980784327	9419170905	I	2021/05/14	2021/05/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				1	$281,200	$0	$0	$281,200