| 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 aprobació | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

167

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA DEL ROCIO HERNANDEZ TOVAR | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 55155062 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | rociohernandez55155@gmail.com | | | | CELULAR: | 3505037699 | | | | | | | |
| 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 | 488405033959 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |
| **NÚMERO DE CDP** | 626 | **FECHA** | 29/04/2021 | **NÚMERO DE CRP** | 27397 | **FECHA** | 30/04/2021 | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial 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.** | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | **3625-2021** | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | **PAGOS 4 DE 4** | | | | |
| 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 **$2.271.315** 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9419163229 | $908.526 | $113.566 | $145.364 | 3 | $22.132 | **$281.062** |

Dado en Bogotá el mes de **MAYO** del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

**DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Ma del Rocio Hernandez Tovar
**MARIA DEL ROCIO HERNANDEZ TOVAR**
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 |
| | | Fecha de aprobación | 08/11/2019 |
| | | Código | 15-02-FO-0002 |

| INFORMACIÓN 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 | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | Sede: | SUR | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3625-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 5 | 2.021 | | 31 | 5 | 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARIA DEL ROCIO HERNÁNDEZ TOVAR | | C. C. | 55.155.062 | | DE | NEIVA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicos de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial 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 actividades del mes de MAYO de acuerdo al lineamiento del proyecto Mantenimiento y fortalecimiento de la Estrategia de Vigilancia epidemiológica de Puntos de entrada Terminales Portuarios | 1. Cumplimiento con la revisión y envio con actas de todos los productos, actualización, alimentación y revisión de archivo, entrega de insumos a los mismos. |
| 2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad. | NO | No progaramado para este mes | No progaramado para este mes |
| 3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP. | NO | No progaramado para este mes | No progaramado para este mes |
| 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. Búsqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a centro medico Colsanitas el Dorado para valoración medica.<br>2. Revisión de declaraciones general de aeronaves parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a migración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos a bordo.<br>3. Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo para enfermedades transmisibles y vectoriales o de más alertas epidemiológicas. como sarampión, fiebre amarilla, difteria, COVID 19, con métodos de prevención a través de vacunación y canalización al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades.<br>4. Se realiza envió fotográfico. | 1. se realizó por contingencia COVID 19.<br>2. se realizó, registro de todos los pasajeros al ingreso a nuestro país por contingencia COVID 19.<br>3.Se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidados,eguimiento telefónico por 14 dias a pasajeros que ingresaron de países de riesgo por la contingencia de COVID 19, para cumplimiento de su respectiva aislamiento.<br>4.se realizó registro fotográfico a diario según actividad por contingencia COVID 19. |
| 5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación. | SI | 1. Promover información a la población, especialmente a todas las que viajan a zonas endémicas y de riesgo se indica puntos de vacunación y horarios, para su respectiva verificación y esquema vacunal requerido. | 1.se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidado por contingencia COVID 19. |
| 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 del mes laborado de los días 1,2,4,6,7,10,12,15,16,18,20,21,24,26,29,30 de MAYO de 2021. | 1.listado de asistencia y listado de entrega de EPP. |
| 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. | NO | No progaramado para este mes | No progaramado para este mes |
| 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 de 2021. | 1. Acta y listado de asistencia. |
| 9- Realizar apoyo administrativo del subsisterna asignado. | SI | 1. Se realiza captacion de pasajeros por contingencia COVID 19.<br>2. Comunicación de riesgo COVID 19. Si presenta síntomas como( fiebre, cansancio, tos seca, congestión nasal, dolor de garganta, dificultad para respirar, o diarrea). | 1. Se envia reporte a epidemiologa durante el turno, por contingencia COVID 19.<br>2. Se les brinda recomendaciones de salud, la importancia del aislamiento, signos y síntomas, lavado de manos, uso de tapabocas y acudir a líneas de orientación y atención medica si identifica |
| 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:<br>1. captacion a pasajeros contingencia de COVID 19.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo. | 1. Se envió seguimiento de pasajeros a epidemiologa.<br>2 Registro fotográfico se realizó a diario según labor por contingencia COVID 19 |
| 11-Participara en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | NO | No progaramado para este mes | No progaramado para este mes |
| 12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | NO | No progaramado para este mes | No progaramado para este mes |
| 13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual. | NO | No progaramado para este mes | No progaramado para este mes |
| 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. Capacitación a pasajeros provenientes de zonas de riesgo dando a conocer las alertas epidemiológicas que se presentan en el momento. | 1. Se verifica a diario toma de temperatura y verificación de signos y síntomas a pasajeros por contingencia de COVID 19<br>2. Se dan recomendaciones a pasajeros la importancia del lavado de manos, el uso de tapabocas y el aislamiento obligatorio preventivo. |
| 15- Realizar actividades de contención y 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 tamizaje de viajeros procedentes de zonas de riesgo y su respectiva canalización. | 1. Se realiza envio de reporte a la epidemiologa 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.**

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
Maria del Rocio Hernandez Tovar
C.C 55155062

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 55155062 | | HERNANDEZ TOVAR MARIA DEL ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AK 89b #53 10 sur bosa brasil | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4702948 | SI |

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 | 979850802 | 9419163229 | I | 2021/05/14 | 2021/05/05 | 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 | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | 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: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$908,526** | **$145,400** | | | **$908,526** | **$113,600** | | | **$0** | **$0** | | | **$908,526** | **$22,200** | | **$0** | **$0** | | **$281,200** |
| 1 | CC | 55155062 | HERNANDEZ MARIA | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS016 | 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 55155062 | | HERNANDEZ TOVAR MARIA DEL ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AK 89b #53 10 sur bosa brasil | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 4702948 | SI |

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 | 979850802 | 9419163229 | I | 2021/05/14 | 2021/05/05 | 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 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 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 |
| COOMEVA | EPS016 | 805,000,427 | 1 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $281,200 | $0 | $0 | $281,200 |



2021/05/10 04:27 PM

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razón Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 51815643 | | HERNANDEZ TOVAR MARIA DEL ROCIO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | AK 8#9 #53 10 sur boss brasil | BOGOTA-BOGOTA D.C. | 4702948 | SI |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clase | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2021-04 | 2021-04 | 4744182029 | | 1 | 2021/05/14 | 2021/05/05 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | 5287,200 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | |

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 5/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARÍA DEL ROCIÓ HERNÁNDEZ TOVAR

CC 55155062 DE NEIVA

La suma de $2.232.442 DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS M/C.PESOS M/C, por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERÍA TÉCNICO 1 durante el periodo de 01/5/2021 al 31/5/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3625-2021

María del Rocío Hernández Tovar

MARÍA DEL ROCIÓ HERNÁNDEZ TOVAR

CC 55155062 DE NEIVA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488405033959