| 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 |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | CC | X | C.E | | NO. | 1013609450 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | adricata_89@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3138881081 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:FO09. | 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 | 8480360505 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3647-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 5 DE 5 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 766 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP | 33001 | FECHA | 31/05/2021 | | | |
| 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 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 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: | $11.126.783 |
| VALOR EJECUTADO | $10.788.682 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.232.442 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $338.101 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 97% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1038366351 | $908.526,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

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

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

**ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA**
**NOMBRE y FIRMA 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: | VSP | | Sede: FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3647-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 06 | 2.021 | | 30 | 06 | 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA | C. C. | 1.013.609.450 | | 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 junio 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 junio 2021.<br>2. Base de aeronaves diligenciadas junio 2021.<br>3. Formatos de comunicación de riesgo junio 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 junio 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 fortaiecer el cumpiimiento del esquema en las poblaciones vulnerables. | SI | 1.Busqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a Centro Médico Colsanitas el Dorado , para valoración medica.<br>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.<br>3.Comunicaión 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 envio de registro fotográfico los días 10, 20, 30 junio 2021. | 1. Envío de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves.<br>2. Base consolidado diario de aeronaves y envio base de datos 10,20,30 de junio 2021.<br>3. Aplicacion encuesta a pasajeros provenientes de los paises en alerta de COVID 19<br>4. Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20,30 de junio 2021. |
| 5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación. | NO | 1.Se cepta y se canalizan el 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 1,3,4,7 ,9,12,13,15,17,18,21,23,26,27,29 junio 2021 . Registro fotográfico de realización de comunicación de riego los días 10, 20 y 30 de junio 2021. | 1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno.<br>2.Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20,30 de junio 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 18 de Junio 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 junio 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:<br>1. Base Consolidado de Aeronaves los días 10, 20 y 30 de junio 2021.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10, 20 y 30 de junio 2021.<br>3. Matriz de seguimiento de pasajeros con alguna sintomatología los días 10, 20 y 30 de junio 2021. | 1. Envío vía correo electrónico base de datos Envío los días 10, 20 y 30 de junio 2021.<br>2. Envío registro fotográfico los días 10, 20 y 30 de junio 2021.<br>3. Envío matriz de seguimiento los días 10, 20 y 30 de junio 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 Enero 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 días 10 ,20 y 30 de junio 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 junio 2021. |

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

CONTRATISTA 1013609450 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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 06/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA

CC 1013609450 DE BOGOTA

La suma de: $2.232.442 DOS MILLONES DOCIENTOS TREINTA DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS M/Cte, por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/06/2021 al 30/06/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3647-2021.

ADRIANA CATALINA MUÑOZ PARRA

CC 1013609450 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 008480360505

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2021-06-10, 10:15:43 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | mayo de 2021 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2021 |
| **Empresa** | ADRIANA CATALINA MUNOZ PARRA |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1013609450 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8847839740 / 1038366351 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 281.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 |
| N901097473 | EPS044 | MEDIMAS EPS | 1 | $ 113.600 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 22.200 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 281.200 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 281.200 |



SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

¡El Poder