103

246

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA FERNANDA CUERVO ROJAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	1070010749						
CORREO ELECTRONICO:	fernandacr91@hotmail.com				CELULAR:	3008822824						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	0											
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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62489890068					0						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5426-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26-11-2020	NÚMERO DE CRP	57287	FECHA	16-12-2020			
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	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015									
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:	$15.745.275
VALOR EJECUTADO	$15.235.821
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 **$2.194.507** 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
9413100511	$878.806,00	$109.900	$140.700	3	$21.500	**$272.100**

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

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

María Fernanda Cuervo Rojas
MARIA FERNANDA CUERVO ROJAS
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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**		**Sede:**	**SUR**							
No. DE CONTRATO:	**5426-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**MARIA FERNANDA CUERVO ROJAS**		**C. C.**	1.070.010.749			DE	CAJICA	

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.

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 enero2021 de acuerdo al lineamiento del proyecto Mantenimiento y fortalecimiento de la Estrategia de Vigilancia epidemiológica de Puntos de entrada Terminales salitre.	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.	SI	1. Soportes de envió vía web de Consolidado general de seguimientos COVID 19 el Terminal Salitre.	1. Se realizó y se envió de forma oportuna el informe diario del consolidado general de seguimientos COVID19 mes de ENERO 2021
3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	si	1. Se realiza verificación de anexo 9 del RSI del 2005 se capta un total de registros.	1.se realizó Verificación de Buses Fronterizos Humanitarios que ingresaron y salieron de COLOMBIA por contingencia COVID 19.
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 Preohospitalario Salitre (N=0) para valoración medica. 2, Revisión de declaraciones general de Buses (N=0) parte sanitaria de Buses Fronterisos. 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 autocuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo para enfermedades transmisibles y vectoriales o de más alertas epidemiológicas. (N=0) 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. 4. Se realiza envió fotográfico.	1. se realizó por contingencia COVID 19. 2, se realizó, registro de todos los pasajeros al ingreso a nuestro país por contingencia COVID 19. 3.Se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidados,eguimiento telefónico por 14 días a pasajeros que ingresaron de países de riesgo por la contingencia de COVID 19, para cumplimiento de su respectiva aislamiento. 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 enero de 2021	1. Acciones realizadas se relacionó por medio vía web.
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 realiza seguimiento de base de viajeros que ingresan de otros paises por contingencia COVID 19 para su cumplimiento de aislamiento	1. Se realizó seguimiento telefónico a pasajeros a partir de bases asignadas por el lider, por contingencia COVID
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 15 DICIEMBRE de 2020.	1. Acta y listado de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de seguimiento de pasajeros por contingencia COVID 19. 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 realizó actualización de seguimientos a bases asignadas a diario por contingencia COVID 19. 2. Se realiza seguimiento telefónico a pasajeros asignados donde 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 los síntomas.
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 seguimientos a pasajeros contingencia de COVID 19. 2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo.	1. Se envió bases de seguimiento a pasajeros por via correo electrónico a diario. 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.	SI	1.Se entrega soportes en pre auditorio de las acciones realizadas en el mes de ENEROdel proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios.	1. Se envia evidencia por medio vía web.
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	1.Se realiza diligenciamiento de manera clara, completa y oportuna el DRIVE y correo electrónico, instrumentos y formatos que me son encomendados, así como se vela por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	1.Se realiza registro respectivo con calidad y buen manejo de la documentación y de las bases vía web DRIVE y correo electrónico.
13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	1. Se envía base de Buses y base sintomáticos respectivos del mes laborado,los dia 2,5,6,8,10,11,14,16,19,20,22,25,26,27,28,29,)ENERO2021	1. Se envia informe mensual de bases correspondientes del mes, ENERO2021
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 formulacion 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 verifico por vía telefónica a diario toma de temperatura y verificación de signos y síntomas a pasajeros por contingencia de COVID 19 2. Se recomendó a pasajeros la importancia del lavado de manos, el uso de tapabocas y el aislamiento obligatorio preventivo.
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 ENERO 2021

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES ,CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL, QUINCE PESOS. M/C

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: María Fernanda Cuervo
CC 1070010749

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070010749		CUERVO ROJAS MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 98 BIS N 69-49 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7191810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	1000001230	9413100511	I	2021/01/08	2020/12/30	BANCO BOGOTA	0	$272,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$0	$0	$140,700
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,700	$0	$0	$140,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				1	$272,100	$0	$0	$272,100

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070010749		CUERVO ROJAS MARIA FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 98 BIS N 69-49 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7191810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	1000001230	9413100511	I	2021/01/08	2020/12/30	BANCO BOGOTA	0	$272,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)							$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
1	CC	1070010749	CUERVO MARIA	230301		30	$878,806	$140,700	EPS002	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-11	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**						$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2021

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

NIT : 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA FERNANDA CUERVO ROJAS

CC 1070010749 DE CAJICA

La suma de $ 2.197.015, Dos Millones Ciento Noventa y siete mil, Quince Pesos. M/C por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante

El periodo de 01/01/2021 al 31/01/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de

Prestación de servicios N° 5426 /2020

María Fernanda Cuervo Rojas

MARIA FERNANDA CUERVO ROJAS

CC 1070010749 de CAJICA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 62489890068