190

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
Fecha de aprobación	9/11/2016
Código	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAREN ANDREA CRUZ TORRES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1057464863						
CORREO ELECTRONICO:	andreacruz93@hotmail.com				CELULAR:	3167513777						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				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:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	43496314								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3841-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	468	FECHA	29/3/2021	NÚMERO DE CRP	21549	FECHA	31/3/2021		
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	4	2021		30	4	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:	$6.661.899
VALOR EJECUTADO	$6.661.899
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.267.869
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
1036377009	$ 908.526	$ 113.566	$ 145.364	3	$ 22.132	$ 281.062

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL 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:

KAREN ANDREA CRUZ T.
CAREN ANDREA CRUZ TORRES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

66

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:	**3841/2021**	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.021		30	4	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**CAREN ANDREA CRUZ TORRES**		**C. C.**	1.057.464.863		**DE**	RAMIRIQUI / BOYACA		

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 ABRIL 2021 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 ABRIL 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 metodos de prevencion 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 pais por contingencia COVID 19. 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 paises 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 ABRIL 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 p
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 linea 09 ABRIL 2021	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 lineas 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 vía correo electrónico a diario. 2. Registro fotográfico se realizó a diario según labor por contingencia COVID 19.
11-Participara en pre-auditoria de soportes fisicos 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 ABRIL 2021 del 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, asi 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 envia base de Buses y base sintomáticos respectivos del mes laborado los dias 1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21,23,25,27,29.	1. Se envia informe mensual de bases correspondientes del mes, ABRIL 2021
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 y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito Capital en el marco del contrato PSOC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnologicos, 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 ABRIL 2021

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.267.869 DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS. M/C

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CAREN ANDREA CRUZ T. CC.1057464863

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.

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-04-07, 02:38:21 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1036377009

Periodo Cotización: marzo de 2021 **Periodo Servicio:** marzo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8812825760

PAGADO 07/04/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CAREN ANDREA CRUZ TORRES		
Documento	CC1057464863	**Dirección**	CL 1 #19 B - 120
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167513777
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1057464863	CAREN ANDREA CRUZ TORRES	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 908.526	$ 145.400	(EPS 308) COMPENSAR EPS	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 04/2021

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

NIT:900.959048-4

DEBE A:

CAREN ANDREA CRUZ TORRES

CC 1057464863 DE RAMIRIQUI

La suma de $ 2.267.869 DOS MILLONES DOSCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y NUEVE PESOS por concepto de servicios AUXILIAR EN ENFERMERIA TECNICO 1 durante el periodo de 01/04/2021 al 30/04/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°3841-2021

KAREN ANDREA CRUZ T.

NOMBRE DEL CONTRATISTA

CAREN ANDREA CRUZ TORRES

CC 1057464863 DE RAMIRIQUI

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

N° 043496314