| 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 | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MILENA ARANDA MACIAS | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 63467013 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | milaramac@yahoo.com | | | | CELULAR: | 3102121986 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: SALUD PUBLICA | | | | | FONTIBON | | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | FO09 K32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 29900044532 | | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3971-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | | | Pago 5 de 5 | |
| NÚMERO DE CDP | 766 | FECHA | 27/05/2021 | NÚMERO DE CRP | 33302 | FECHA | 31/05/2021 | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios profesionales a la gestion 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 PROFESIONAL. | | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | | |
| | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.627.684 | | | | | | | | | | |
| 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: | $18.080.885 |
| VALOR EJECUTADO | $18.080.885 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3.627.684 |
| 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1037690780 | $1.474.088,00 | $184.300 | $235.900 | 3 | $36.000 | **$456.200** |

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

**SANDRA MILENA MANCERA GONZALEZ**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**MILENA ARANDA MACIAS**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| Versión | 3 |
| Fecha de aprobación | 3/4/2017 |
| Código | 04-03-PO-0003 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VSP | | | Sede: FONTIBON | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3971-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 6 | 2021 | | 30 | 6 | 2021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MILENA ARANDA MACIAS | | **C. C.** | 63.487.013 | | **DE** | BARRANCABERMEJA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicos profesionales 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. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad. | SI | Se realizan 6 IEC diarios por usuarios COVID-19, verificando los datos personales, direccion e investigacion epidemiologica para asignacion y darle curso al seguimiento. | Diligenciamiento de link de casos positivos, fallidos y demas. con sus respectiva documentacion para los casos priorizados. |
| 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad. | SI | Se realizan 6 IEC diarios brindando educacion en cuidados, prevencion de contagio y signos de alarma. se realizan desplazamiento a los usuarios, que no tiene datos de localizacion. | Diligenciamiento de link de casos positivos, fallidos y demas. con sus respectiva documentacion para casos priorizados. |
| 3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad. | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud). | SI | Validar base de excel, resultados de prueba y realizar reporte de 6 IEC diarios. | Reporte de LAS IEC y tablero de relacion de casos, con reporte de entregas diarias. |
| 7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado. | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad. | SI | Consolidacion y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID-19, y pautas de autocuidado en caso de condicion cronica. | Base de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 6 IEC diarios. |
| 9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) 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 | Se recibe informacion sobre el desarrollo de las actividades, participacion, capacitacion de la SUBRED sobre eventos asosiado y protocolo. | Participacion del conversatorio frente al COVID-19, presetando respectiva PRE Y POST TEST. |
| 10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | Se realizo la consolidacion y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID-19, y pautas de autocuidado. | Aplicativo con 6 IEC diarios. |
| 11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad. | SI | Revision y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo respectiva entrega de los mismos. | Reporte 6 iec diligenciadas en el aplicativo. |
| 12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS. | SI | Revision y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo respectiva entrega de los mismos. | Base de excel, reporte de seguimiento y tablero de relacion de casos, con reporte de 6 IEC diarios. |
| 13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución. | SI | Se recibe informacion sobre el desarrollo de las actividades, participacion, capacitacion de la SUBRED sobre eventos asosiado y protocolo. | Aplicación de instructivos |
| 14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución. | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual | SI | Se realizo la consolidacion y registro de datos en la matriz digital de todos los usuarios que fueron educados y sensibilizados frente a la prevencion y contagio del COVID- | Aplicativo con 6 IEC diarios. |
| 17. Apoyar las jornadas,eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes | NO | No se programa para este mes. | No se entrega para este mes. |
| 18. Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC disponiendo de recurso telefonico, tecnologico, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guia y lineamientos emanados a nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos. | SI | Realizar seguimiento de casos y contactos de alerta por COVID19, de acuerdo a los protocolos indagando la sintomatologia, apoyo tecnico y operativo de la vigilancia en salud publica de forma diaria según casos designados por el lider del proceso. | Entrega y envio de soportes en medio digital de las respectivas iec de COVID 19 |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CT**

MILENA ARANDA MACIAS CEDULA 63467013

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.

De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (SI o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

Escaneado con CamScanner

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-06-09, 02:15:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1037690780

**Periodo Cotización:** mayo de 2021 **Periodo Servicio:** mayo de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8844713420

**PAGADO 09/06/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MILENA ARANDA MACIAS | | |
| **Documento** | CC63467013 | **Dirección** | DIAGONAL 45D NO 19 - 68 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3402578 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **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 | IGE | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | 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 | Aporte ESAP | Total |
| CC 63467013 | MILENA ARANDA MACIAS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1.474.088 | $ 235.900 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.474.088 | $ 184.300 | 2.436 | $ 1.474.088 | $ 36.000 | (MIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 456.200 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.474.088 | $ 1.474.088 | $ 1.474.088 | $ 0 | $ 235.900 | $ 184.300 | $ 36.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 456.200 | $ 0 | $ 456.200 |

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 06/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MILENA ARANDA MACIAS

CC 63467013 DE BARRANCABERMEJA

La suma de 3.627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CT., por concepto de servicios PROFESIONAL EN ODONTOLGIA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, durante el periodo de 01/06/2021 al 30/06/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3971/2021

MILENA ARANDA MACIAS.

CC 63467013 DE BARRANCABERMEJA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 29900044532

Escaneado con CamScanner