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 aprobación		
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIELA MARIA CAMELO PUENTE												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030644575							
CORREO ELECTRONICO:	damcamelopu@gmail.com				CELULAR:	3002506034							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				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 av villas				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	103969361										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3870-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3	
NÚMERO DE CDP	468	FECHA	29/03/2021	NÚMERO DE CRP	21576	FECHA	31/03/2021
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.**						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2021		30	4	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$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 aclarar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.825.517
VALOR EJECUTADO	$10.825.517
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.685.219
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 pagados en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.271.315** el valor IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION	NIVEL	APORTE	TOTAL APORTES
49398639	$1.428.400,00	$178.600	$228.600	3	$34.800	**$442.000**

Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año DOS MIL VEINTIUNO (2021). Lo anterior pra que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DANIELA MARIA CAMELO PUENTE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	3/4/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		Sede:	FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3870-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	4	2021		30	4	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIELA MARIA CAMELO PUENTE		C. C.	1.030.644.575			DE	BOGOTA D.C.		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Elaborar el plan de acción correspondiente al subsistema asignado y realizar seguimiento mensual.	SI	Seguimiento y verificación de toma de muetras para COVID-19	Acta y listados de asistencia.
2. Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversióncorrespondiente, de forma mensual con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	SI	Se realiza reporte diario institucional e informe de gestión semanal de COVID-19.	Matriz de reporte diario de toma de muestras para COVID-19
3. Analizar, depurar y mantener actualizada la base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica bajo su responsabilidad cumpliendo con criterios de calidad, generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) periódicamente.	SI	Reporte diario de notificaciones COVID	Matriz de reporte diario de toma de muestras para COVID-19
4. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (TOMAS DE MUESTRA) 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 asiste manera virtual a reuniones de toma de muestras COVID-19.	Acta y listados de asistencia.
5. Participar y convocar unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado	NO	No programado para este mes	No programado para este mes.
6. Coordinar, 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 programado para este mes	No programado para este mes
7. Realizar la orientación y asistencia técnica a la UPGD con el conocimiento e información correspondiente al Sistema de Vigilancia asignado según programación y necesidad.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
8. Elaborar las actas, 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	Se realiza reporte diario institucional e informe de gestión semanal de COVID-19.	Matriz de reporte diario COVID-19
9. Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública cuando se requiera de acuerdo a programación en forma integral y oportuna.	SI	Se realiza reporte diario institucional e informe de gestión semanal de COVID-19.	Matriz de reporte diario de toma de muestras para COVID-19
10. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaria Distrital de salud, o cualquier otra entidad que sean de estricto cumplimiento.	SI	Se participa en reuniónes de toma de muestra de COVID-19 en la subred sur occidente, elementos de proteccion personal	Acta y listados de asistencia.
11. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semana.	SI	Se realiza reporte diario institucional e informe de gestión semanal de COVID-19.	Matriz de reporte diario COVID-19
12. Realizar pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente brindando acompañamiento técnico a cada uno de los operativos y generación de planes de mejoramiento según corresponda. y presentar auditoria ante los entes de control.	SI	Seguimiento y verificación de toma de muestras para COVID-19 en los procesos de asignación	Matriz de reporte de los procesos en mención.
13. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud)	SI	Seguimiento y verificación de toma de muestras para COVID-19 en los procesos de asignación	Matriz de reporte de los procesos en mención.
14. Participar en la formulación, elaboración y desarrollo de investigaciones de carácter científico sobre los eventos específicos y población de estudio en la localidad, analizando las variables de salud, condiciones socio económicas, culturales y ambientales para direccionar las acciones en salud pública (artículos, boletines, anuarios, informes y demas documentos de analisis solicitados).	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
15. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad.	SI	Seguimiento y verificación de toma de muestras para COVID-19 en los procesos de asignación	Matriz de reporte de los procesos en mención.
16. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.	SI	Revision de lineamientos de COVID-19 , referentes institucionales	Acta y Listado de asistencia.
17. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación.	SI	Se realiza reporte diario institucional e informe de gestión semanal de COVID-19.	No programado para este mes
18. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
19. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
20. 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	SI	No programado para este mes	Acta y Listado de asistencia.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.685,219 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS MONEDA CORRIENTE

Daniela Camelo

CONTRATISTA: DANIELA MARIA CAMELO PUENTE C.C. 1030644575

supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 04/2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DANIELA MARIA CAMELO PUENTE
CC 1030644575 DE BOGOTÁ

La suma de $3.685,219 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS DIECINUEVE PESOS por concepto de servicios ENFERMERA - PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 1 al 30 de abril de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3870/2021

Daniela Camelo

DANIELA MARIA CAMELO PUENTE
CC 1030644575 de BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS
NUMERO 103969361

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1030644575-	DANIELA MARIA CAMELO PUENTE	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
2021	3	2021	4939863		PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CRA 91 A N 40A - 09 SUR	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	5725489		damcamelopu@gmail.com	7490	1.428.400	1	2021/04/07	947741700

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	178.600	0		0		0	178.600	0	0	0	178.600	0		0	0	178.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	228.600	0	0	0	0	0	0	228.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	28.600	0	0	28.600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	890903790-5	34.800		0	0	34.800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	34.800		0	348	34.800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,ILMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	228.600	228.600
SALUD	178.600	178.600
RIESGOS LABORALES	34.800	34.800
CCF	28.600	28.600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	470.600	470.600

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información