| 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: | SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52,515,467 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | silviaenfermera8@gmail.com | | | | CELULAR: | 3204818636 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | K32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550004800406367 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0205-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | | PAGO 6 DE 6 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1108 | FECHA | 30/06/2018 | NÚMERO DE CRP | 28003 | FECHA | 30/06/2018 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servcios 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 | 7 | 2018 | | 30 | 7 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.613.395 | | | | | | | | | |
| 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: | $9.680.370 |
| VALOR EJECUTADO | $9.680.370 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.613.395 |
| 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 $1,953,105 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8328583139 | $781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | $241.800 |

Dado en Bogotá en el mes de Julio del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH EDITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| | | Código | 04-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | | **Sede: USS FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0205-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 7 | 18 | | 30 | 7 | 18 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ | | **C. C.** | 52,515,467 | | | **DE** | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.

**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 | 1.Soportes de envió vía web de Consolidado general de Aeropuerto el dorado los días 10, 20 y 30 de Julio 2018.<br>2. Envío base de Censo de Venezolanos los días2,9,16,23 y 30 de Julio de 2018. | 1. Se realizó y envió de forma oportuna el informe semanal y consolidado general.<br>2. Envió base censo de venezolanos. |
| 2- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP. | SI | 1. Se realiza verificación del Anexo 9 del RSI 2005. Se capta un total de 700 registros. | 1. Entrega Base general consolidado de Aeronaves los días 10, 20 y 30 de Julio de 2018. |
| 3- 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. Se realizó comunicación de riesgo a750 viajeros acerca de temas relacionados con promoción y prevención sobre alertas epidemiológicas: ZIKA, Fiebre Amarilla, Sarampión, Difteria, Colera, MERS o coronavirus Cov. Metodos de prevención a través de vacunación y canalización a punto PAI.<br>2. Se realizar verificación carné de vacunación de viajeros provenientes de zonas de riesgo y canalización a punto PAI.<br>3. Se realizó vigilancia y control de viajeros en las llegadas internacionales. Se captó un total de 6 pasajeros sintomáticos.<br>4.Se realizó entrega de folletos de sarampión, signos, sintomas y formas de prevención.<br>5. Se realiza envío de registro fotográfico. | 1. Entrega de registro de firmas como soportes de comunicación de riesgo realizada en cada turno.<br>2. Verificación de carné de vacunación viajeros sintomáticos.<br>3. Envío de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves.<br>4 Entrega de folletos de sarampión en acciones de comunicación de riesgo.<br>5. Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20,30 de Julio de 2018. |
| 4- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna. | SI | Se realizó actividades en el proyecto de acciones integradas, de puntos de entrada, los dias:3,5,7,8,9,11,13,17,19,21,22,23,25,27,31 de Juilio de 2018.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10,20 y 30 de Julio de 2018. | 1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno. |
| 5- 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 de 8 pacientes al área de Sanidad Aeroportuaria | 1. Se realizó canalización de pacientes al área de primeros auxilios. |
| 6- 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 Julio de 2018. | 1. Acta y listados de asistencia. |
| 7- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado. | SI | 1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de canalización de pacientes, comunicación de riesgo, censo de pasajeros migrantes de Venezuela.<br>2. Se realiza archivo de documentos realizados en el proyecto acciones integradas puntos de entrada UPSSS Fontibón. | 1. Archivo documentos mes de Junio de 2018. |
| 8-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 e aeronaves los días 10, 20 y 30 de Julio de 2018.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10,20 y 30 de Julio 2018.<br>3. Censo de pasajeros migrantes de Venezuela los dias :3,5,7,8,9,11,13,17,19,21,22,23,25,27,31 de Julio de 2018.<br>4. Matriz de seguimiento de pasajeros europeos y venezolanos con alguna sintomatología los días 10, 20, 30 de Julio de 2018.<br>5. Cronograma de actividades correspondiente al mes de Julio el día 1 de Julio del 2018.<br>6. Base consolidado de viajeros y personal de la Institución Aeroportuaria educados en Lavado de manos- IRA. | 1. Envío via correo electrónico base de datos Envío los días 10, 20 y 30 de Julio 2018.<br>2. Envío registro fotográfico los días 10, 20 y 30 de Julio de 2018.<br>3. Envío censo de venezolanos los días 4,11,18 ,25 y 30 de Julio de 2018.<br>4. Envío matriz de seguimiento los días 10, 20 y 30 de Julio 2018.<br>5. Envío cronograma via correo electrónico. |
| 9-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 auditoria de las acciones realizadas en el mes de Julio del proyecto de Acciones Integradas Puntos de Entrada. | 1. Acta y listado de asistencia certificación. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/C**

NOMBRE COMPLETO,CEDULA CONTRATISTA: Silvia lopez FIRMA DEL

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

**Señor(a):** SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ
**No. Identificación:** CC 52515467
**Dirección:** DG 66 19 A 80 SUR
**Teléfono:** 7313637 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla** 8328583139

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | SILVIA PATRICIA LOPEZ JIMENEZ |
| Tipo y Número de Identificación | CC 52515467 |
| Número Planilla | 8328583139 |
| Fecha de Pago | 7/6/2018 |
| Número de Autorización de Pago | 69973025 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de Empleados | 1 |
| Periodo Cotización Salud | Julio 2018 |
| Periodo Cotización Pensión | Julio 2018 |
| Periodo Cotización Caja | Julio 2018 |
| Número de Administradoras | 3 |
| Total Pagado | $241.800 |
| Total Interes Mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $19.100 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $125.000 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $97.700 | 1 |

TIPO DOC: CC
NO. DOCUMENTO: 52515467
APELLIDOS Y NOMBRES: LOPEZ JIMENEZ SILVIA PATRICIA

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 0 | 781.242 | 781.242 | 781.242 | 0 | 97.700 | 125.000 | 19.100 | 0 |

TIPO DOC:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES:

| COD EPS | COD AFP | UPC | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJA | COTIZACIÓN SALUD | COTIZACIÓN PENSIÓN | COTIZACIÓN RIESGOS | FONDO SOLIDARIDAD |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

PAGADO 25 JUN 2018

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