| 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: | ANDREA DEL PILAR PULIDO NEIRA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1018407804 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | anyelta_7@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3174028818 | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | K 32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO POPULAR | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 23004514592-7 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 0874-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 7 DE 7 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1249 | FECHA | 27/72018 | NÚMERO DE CRP | 32708 | FECHA | 31/07/2018 | | | | |
| 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 | 8 | 2018 | | 31 | 8 | 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: | $11.293.795 |
| VALOR EJECUTADO | $11.293.795 |
| 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8658361927 | $781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

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

Dra. SMITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANDREA DEL PILAR PULIDO NEIRA
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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | | | | **Sede: USS FONTIBON** | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 0874-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 8 | 2018 | | 31 | 8 | 2018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ANDREA DEL PILAR PULIDO MEIRA | | **C. C.** | 1.018.407.804 | | **DE** | BOGOTA | | |

**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-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 Terminal Terrestre los días 10, 20 y 30 de AGOSTO 2018.<br>2. Envío base de Censo de Venezolanos los días 5, 12, 19 y 26 de AGOSTO 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 envió a la epidemióloga del proyecto reporte de pasajeros que arriban al país hasta la fecha con algún evento en salud pública, a tiempo y debidamente documentado y también se envía los reportes sobre los eventos de interés en VSP en cada turno y los seguimientos quienes lo ameritan. | 1. Entrega Base general consolidado de beses los días 10, 20 y 30 de AGOSTO 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 a 750 viajeros acerca de temas relacionados con promoción y prevención sobre alertas epidemiológicas: Fiebre Amarilla, Sarampión, Difteria Con Metodos de prevención a través de vacunación, canalización a punto PAI , lavado de manos.<br>2.Se capto buses fronterizos e internacionales de un total 390.<br>3. Se realizar verificación carné de vacunación de viajeros provenientes de zonas de riesgo y canalización a punto PAI.<br>4. Se realizó vigilancia y control de viajeros en las llegadas nacionales e internacionales. Se captó un total de pasajeros sintomáticos. Se realizó seguimiento a casos sospechosos relacionados con eventos de Interes en Salud Pública.<br>5.Se realizó entrega de folletos de sarampión, signos, síntomas y formas de prevención.<br>6. 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 buses fronterizos e internacionales.<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 y 30 de AGOSTO de 2018. |
| 4- 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 los dias 1,3,7,9,11,12,13,15,17.21,23,25,26,27.29,31 del AGOSTO 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 a 6 pacientes al àrea de unidad de servicios de salud Terminal Terrestre. | 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 de linea 17/08/2018. | 1. Acta y listados de asistencia. |
| 7- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado. | SI | 1. Se realizo escaneo y entrega de soportes al referente, actualización de bases de reportes diarios de canalización de pacientes, comunicación de riesgo, censo de pasajeros migrantes de Venezuela y seguimiento de pasajeros europeos y venezolanos con alguna sintomatología.<br>2. Se realiza archivo de documentos realizados en el proyecto acciones integradas puntos de entrada UPSSS Fontibón | 1. Envió de scaner de todos los soportes el último de mes.<br>2. Archivo documentos mes de AGOSTO 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 de buses los días 10, 20 y 30 de AGOSTO de 2018<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10,20 y 30 de AGOSTO 2018.<br>3. Censo de pasajeros migrantes de Venezuela los días 10, 20 y 30 AGOSTO de 2018.<br>4. Matriz de seguimiento de pasajeros europeos y venezolanos con alguna sintomatología los días 10, 20 y 30 de AGOSTO de 2018<br>5. Cronograma de actividades correspondiente al mes de SEPTIEMBRE el día 10 de AGOSTO del 2018. | 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 AGOSTO 2018.<br>3. Envío censo de venezolanos los días 2, 9,16, 23 Y 30 de AGOSTO 2018.<br>4. Envío matriz de seguimiento los días 10, 20 y 30 de AGOSTO 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 AGOSTO 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 TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/C**

Andrea del Pilar Pulido Meira 1018407804

NOMBRE COMPLETO CÉDULA

CONTRATISTA Andrea Pulido 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.

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | ANDREA DEL PILAR PULIDO NEIRA |
| IDENTIFICACION: | CC-1018407804 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2018-08-14 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2018-08-02 |
| FECHA DE PAGO: | 2018-08-14 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO DE OCCIDENTE |
| PERIODO PENSION: | 2018-08 |
| PERIODO SALUD: | 2018-08 |
| NUMERO PLANILLA: | 8658361927 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8605971718 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS017 | 830003564 | FAMISANAR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 900 | $ 97.700 | $ 98.600 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 1.200 | $ 125.000 | $ 126.200 |
| 14-28 | 800256161 | ARL SURA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 200 | $ 19.100 | $ 19.300 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 2.300 | $ 241.800 | $ 244.100 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 04/09/2018 |