| 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ERIKA NATHALIA VARGAS DIAZ | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1016074326 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | nathaliavargas47@gmail.com | | | | CELULAR: | 3213230160 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SANITARIA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO09K31 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 5399912344 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2218 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1746 | FECHA | 2024-07-22 14:12:49.000 | NÚMERO DE CRP | 45707 | FECHA | 2024-07-31 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNOLOGO AMBIENTAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-07-01 | | 2024-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,614,128 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | |

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: | $16,963,419 |
| VALOR EJECUTADO | $16,963,419 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,614,128 |
| 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 $2.194,507 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9469088301 | $1,045,651 | $130,706 | $167,304 | 3 | $25,472 | $323,483 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar, liderar o apoyar visitas de inspeccion vigilancia y control, toma y envio de muestras ( si fuera necesario) y operativo, en las diferentes lineas de intervencion o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificda a los que | DILIGENCIAMIENTO ACTAS IVC LOCALIDAD KENNEDY, 15 CAFETERIAS, 15 EXPENDIOS MINORISTAS, 12 EXPENDIOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, 1 MUESTREO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS, LOCALIDAD BOSA: 10 EXPENDIOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS. LOCALIDAD FONTIBON, 12 VEHICULOS DE ALIMENTOS. | ACTAS IVC: CAFETERIAS 15, EXPENDIOS MINORISTAS 15, EXPENDIOS DE BEBIDAS ALCOHOLICAS 22, MUESTREO DE ALIMENTOS Y BEBIDAS 1, VEHICULOS DE ALIMENTOS 12. |
| Supervisar tecnicamente las actividades de control vectorial, vacunacion y demas acciones relacionadas a la linea de eventos transmisibles de origen zoonotico | VACUNACION | NO PROGRAMADAS PARA ESTE MES |
| Brindar asesoria técnica a la comunidad en normatividad sanitaria | SE SOCIALIZA EN IVC LEY 9/79, LEY 1335/2009, ACUERDO 634/2015, ACUERDO 588/2015, RESOLUCIÓN 2674/2013, ACUERDO 570/2014 | REGISTRO EN ACTAS DE IVC DILIGENCIADAS |
| Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas de las mismas acciones a realizadas | SE HACE ENTREGA SEMANAL DE SOPORTES DE VISITAS AL LÍDER DE LA LÍNEA. | FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL |
| Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de informacion en vigilancia sanitaria y otros | SE HACE ENTREGA SEMANAL DE SOPORTES DE VISITAS AL LÍDER DE LA LÍNEA. | FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL EN MEDIO FISICO Y DIGITAL |
| Acompañamiento a las auditorias internas y externas en caso de requerirse | PROGRAMADO | REALIZADO PRE-AUDITORIA |
| Formular y ejecutar acciones preventivas y/o correctivas y/o planes de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas. | SE REALIZA PRE-AUDITORIA DE SOPORTE EN CADA ENTREGA | ACTA DE REUNION |
| Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de las aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (software), definición de la autoria de los documentos cie | SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACION QUE SE GENERA DENTRO DE LAS LABORES PROPIAS DE MI PERFIL | SE MANTIENE |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidd que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada. | SE INFORMA OPORTUNAMENTE EVENTUALIDADES | FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL |
| Llevar de forma ordenada un archivo fisico y/o magnetico de facil consulta y verificacion | SE LLEVA INFORMACION ORDENADA TANTO DE ARCHIVO FISICO COMO EN MEDIO MAGNETICO | FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL |
| Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad | ATENCION A SOLICITUDES DE VISITA A EXPENDIO DE LICOR, MINORISTA | NO PROGRAMADAS PARA ESTE MES |
| Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados | REUNIÓN DE LÍNEA DE ALIMENTOS SANOS Y SEGUROS CON LÍDER OPERATIVO Y A LA JORNADA DE INDUCCION 2019 | FORMATO DE ENTREGA DE SOPORTES SEMANAL |

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Sur Occidente