18

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
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MÓNICA ANDREA RODRÍGUEZ ARANDA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1026252689						
CORREO ELECTRONICO:	maratae@gmail.com				CELULAR:	3134551666						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBÓN FO 09											
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	%
	FO09 K32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BOGOTÁ				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	272100124								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	347-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11			
NÚMERO DE CDP	1698	FECHA	25/11/2020	NÚMERO DE CRP	51077	FECHA	25/11/2020			
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 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	12	2020		31	12	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.668.657									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
OBSERVACIONES: NINGUNA										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$65.035.924**
VALOR EJECUTADO	**$64.257.814**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.668.657
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$778.110
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7773521297	$2.801.194	$350.149	$448.191	3	$68.237	**$866.577**

Dado en Bogotá en el mes de diciembre del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MÓNICA ANDREA RODRÍGUEZ ARANDA
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA		**Sede:** Fontibón						
No. DE CONTRATO:	347-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2020		31	12	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MÓNICA ANDREA RODRÍGUEZ ARANDA		**C. C.**		1.026.252.689		**DE**	Bogotá	

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 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. Elaborar el plan de acción correspondiente al subsistema asignado y realizar seguimiento mensual.	NO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO
2. Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversión correspondiente, de forma mensual con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).	NO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO
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	Revisión y depuración diario de base de asignación COVID-19, base positivos COVID-19, cruce diario de bases de resultados de laboratorio COVID-19, cruce base defunciones RUAF	Bases revisadas, ajustadas como insumo para elaboración de informes, infografía, presentaciones y envio a geógrafo para georreferenciación
4. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, 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	Participación Sala de crisis COVID-19, presentación comportamiento de COVID-19 semanal Coordinacion tres coves locales Subred Sur Occidente, elaboración de actas, informes	Actas y listados de asistencia, presentaciones comportamiento COVID-19 Informe COVE, Actas cove por localidad, tableros de control asistencia
5. Participar y convocar unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado	NO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO
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	SI	Participación Sala de crisis COVID-19, presentación comportamiento de COVID-19 semanal	Actas y listados de asistencia, presentaciones comportamiento COVID-19
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 DURANTE EL PERÍODO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO
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	Informes de comportamiento de COVID-19, presentaciones COVID-19 Subred Sur Occidente, infografias semanales comportamiento de COVID-19 SSO local e insitucional Presentación diaria comportamiento COVID por residencia y brotes COVID	Informes y presentaciones enviados a referente VSP. Infografías diarias Presentación diaria comportamiento COVID por residencia y brotes COVID enviada a apoyo PIC
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	NO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO
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	Conversatorio Calidad	Pre y pos test deconversatorio de calidad 16-10-20
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 semanal.	SI	Informes de comportamiento de COVID-19, presentaciones COVID-19 Subred Sur Occidente, infografias semanales comportamiento de COVID-19 SSO local e insitucional Presentación diaria comportamiento COVID por residencia y brotes COVID	Informes y presentaciones enviados a referente VSP. Infografías diarias Presentación diaria comportamiento COVID por residencia y brotes COVID enviada a apoyo PIC
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	4 Intervenciones epidemiológicas de campo de casos notificados de COVID-19 asigandos en aplicativos	4 Intervenciones epidemiológicas de campo de casos notificados de COVID-19 asigandos en aplicativos
13. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud	SI	4 Intervenciones epidemiológicas de campo de casos notificados de COVID-19 asigandos en aplicativos	4 Intervenciones epidemiológicas de campo de casos notificados de COVID-19 asigandos en aplicativos
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).	SI	Informes de comportamiento de COVID-19, presentaciones COVID-19 Subred Sur Occidente, infografias semanal comportamiento de COVID-19 SSO local e insitucional Presentación diaria comportamiento COVID por residencia y brotes COVID	Informes y presentaciones enviados a referente VSP. Infografías semanales Presentación diaria comportamiento COVID por residencia y brotes COVID enviada a apoyo PIC
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	Se cuenta con archivo de productos elaborados y enviados	Backup de noviembre de 2020 de productos enviados
16. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución,	SI	Se desarrolla IEC y análisis de comportamiento de COVID-19 de acuerdo a lineamientos	Informes y presentaciones enviados a referente VSP y equipo ERI. Infografías semanales
17. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación	NO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO	NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO
18. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución	SI	Se cuenta con archivo de productos elaborados y enviados	Backup de diciembre de 2020 de productos enviados
19. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual	SI	Se cuenta con archivo de productos elaborados y enviados	Backup de diciembre de 2020 de productos enviados
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	Informes de comportamiento de COVID-19, presentaciones COVID-19 Subred Sur Occidente, infografias diarios comportamiento de COVID-19 SSO local e insitucional	Informes y presentaciones enviados a referente VSP. Infografías diarias
21. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	SI	4 Intervenciones epidemiológicas de campo de casos notificados de COVID-19 asigandos en aplicativos	4 Intervenciones epidemiológicas de campo de casos notificados de COVID-19 asigandos en aplicativos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4.668.657 cuatro millones seiscientos sesenta y ocho mil seiscientos cincuenta y siete pesos

MÓNICA ANDREA RODRIGUEZ ARANDA C.C.# 026.252.689 DE BOGOTA
NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MÓNICA ANDREA RODRÍGUEZ ARANDA

CC 1.026252689 DE BOGOTÁ

La suma de $4.668.657 (cuatro millones seiscientos sesenta y ocho mil seiscientos cincuenta y siete pesos, por concepto de servicios como profesional especializado 4 durante el periodo de 1 al 31 de diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°347/2020

Mónica Andrea Rodríguez Aranda

CC 1.026.252.689 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ

NUMERO 272100124

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco de Bogotá

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1026252689
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MONICA ANDREA RODRÍGUEZ ARANDA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KR 6 12 85 SUR APTO 102 TORRE	TELÉFONO:	8296129
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7773521297**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: noviembre AÑO: 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES: noviembre AÑO: 2020	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/12/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		828713337	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 448.400
SUBTOTAL:			1	**$ 448.400**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 350.300
SUBTOTAL:			1	**$ 350.300**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	$ 16.900
SUBTOTAL:			1	**$ 16.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 68.300
SUBTOTAL:			1	**$ 68.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 883.900**

Bogotá, diciembre de 2020

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

Cuidad

Cordial saludo,

De manera atenta me permito informar que mi hija Sara María Muñoz Rodríguez, identificada con RC 1141128680, depende económicamente de mí, por lo cual solicito se tenga en cuenta como beneficio para la retención en la fuente.

Agradezco de antemano su atención.

Atentamente,

MONICA ANDREA RODRIGUEZ ARANDA

C.C. 1.026.252.689 Bogotá

Contratista

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1141128680

Indicativo Serial 53059275

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 67 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA ---- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
MUÑOZ	RODRIGUEZ

Nombre(s): SARA MARIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes ABR Día 02	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA ---- CUNDINAMARCA ---- BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	12097913-7

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: RODRIGUEZ ARANDA MONICA ANDREA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 1.026.252.689 BOGOTA D.C.	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ SALAMANCA RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CEDULA DE CIUDADANIA N° 11.188.144 ENGATIVA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: MUÑOZ SALAMANCA RAMIRO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CEDULA DE CIUDADANIA N° 11.188.144 ENGATIVA	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
**********	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes ABR Día 27	NELCY ESPERANZA LOPEZ PAEZ (E)
	Nombre y firma

COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by CamScanner