294

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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA CRUZ VILLANUEVA												
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	1033683876							
CORREO ELECTRONICO:	liliana1987.jordy@gmail.com				CELULAR:	3209839602							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					0								
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	%	
	FO09K32	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0.06979668	0											

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	342-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 11 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	51603	FECHA	30/11/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistenciar 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:	$2.197.015									
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:	$22.537.390
VALOR EJECUTADO	$22.171.220
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$366.170
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

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
8346815778	$878.806,00	$109.900	$140.700	3	$21.500	$272.100

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:

Liliana Cruz V
LILIANA CRUZ VILLANUEVA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0083

Ubicación del Servicio:	**VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**			**Sede:**	**SUR**					
No. DE CONTRATO:	**342-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LILIANA CRUZ VILLANUEVA**		**C. C.**	1.033.693.876			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.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,protocolos operativos e instructivos definidos por la SDS y la institución	SI	1, Se ejecutan las actividades del mes de DICIEMBRE de acuerdo al lineamiento del proyecto Mantenimiento y fortalecimiento de la Estrategia de Vigilancia epidemiológica de Puntos de entrada Terrestres salud.	1. Cumplimiento con la revisión y envío con actas de todos los productos, actualización, alimentación y revisión de archivo, entrega de insumos a los internos.
2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado dando el cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	1. Soportes de envió vía web de Consolidado general de seguimientos COVID 19 el Terminal Salitre.	1. Se realizó y se envió de forma oportuna el informe diario del consolidado general de seguimientos COVID19 mes de DICIEMBRE 2020.
3- Recepción, verificación, pre-crítica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	SI	1. Se realiza verificación de acceso 9 del RSI del 2005 se capta un total de registros.	1.se realizó Verificación de Buses Fronterizos Humanitarios que ingresaron y salieron de COLOMBIA por contingencia COVID 19.
4- 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, Búsqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a centro medico Prehospitalario Salitre (N+0) para valoración medica. 2. Revisión de declaraciones general de Buses (N+0) parte sanitario de Cuero Fronterizos. En tiempo real cuando la población ingresa a inmigración se debe verificar la notificación de pasajeros sintomas a bordo. 3. Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo para enfermedades transmisibles y vectoriales o de mas alertas epidemiológicas. (N+0) como sarampión, fiebre amarilla, difteria, COVID 19, con refuerzo de prevención a través de vacunación y cumplimiento al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades. 4. Se realiza envió fotográfico.	1. se realizó por contingencia COVID 19. 2. se realizó, registro de todos los pasajeros al ingreso a nuestro país por contingencia COVID 19. 3.Se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidados,seguimiento telefónico por 14 días a pasajeros que ingresaron de países de riesgo por la contingencia de COVID 19, para cumplimiento de su respectivo aislamiento. 4.se realizó registro fotografico a diario según actividad por contingencia COVID 19.
5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación,	SI	1. Promover información a la población, especialmente a todos los que viajan a zonas endémicas y de riesgo se indica puntos de vacunación y requisito, para su respectiva verificación y esquema vacunal requerido.	1.se realizó Comunicación de riesgo a viajeros. Proveer información de prevención y medidas de autocuidado por contingencia COVID 19.
6- 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 DICIEMBRE de 2020.	1, Acciones realizadas se adicionó por medio vía web.
7- Articular y generar la atención de metas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que intervengan, asesoren y atiendan los eventos y población de interés.	SI	1, Se realiza seguimiento de base de viajeros que ingresan de otros países por contingencia COVID 19 para su cumplimiento de aislamiento	1. Se realizó seguimiento telefónico a pasajeros a partir de bases asignadas por
8- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del Hospital (comité PAI, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales acorde al área de interés y que generen construcción del conocimiento socializando posteriormente la información obtenida.	SI	1. Se asistió a reunión de línea 15 DICIEMBRE de 2020.	1. Acta y listado de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de seguimiento de pasajeros por contingencia COVID 19. 2. Comunicación de riesgo COVID 19. Si presenta síntomas como(fiebre, cansancio, tos seca, congestión nasal, dolor de garganta, dificultad para respirar, o diarrea).	1. Se realizó actualización de seguimientos a bases asignadas a diario por contingencia COVID 19. 2. Se realiza seguimiento telefónico a pasajeros asignados donde se les brinda recomendaciones de salud, la importancia del aislamiento, síntomas y alertas, lavado de manos, uso de tapabocas y acorde a licencia de orientación y atención medica si identifica los síntomas.
10-verificar concordancia literal magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.	SI	Se realizó envió de bases oportuna de los siguientes soportes: 1. Base Consolidado de seguimientos a pasajeros contingencia de COVID 19. 2. Registro Fotográficos de realización de complicación de riesgo.	1. Se envió bases de seguimiento a pasajeros por vía correo electrónico a diario. 2. Registro fotográfico se realizó a diario según labor por contingencia COVID 19.
11-Participar en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónicos y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	1,Se entrego soportes en pre auditoria de las acciones realizadas en el mes de DICIEMBRE del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terrestres, portuarios.	1. Se envía evidencia por medio vía web.
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	1.Se realiza diligenciamiento de manera clara, completa y oportuna el DRIVE y correo electrónico, instrumentos y formatos que me son encomendados, así como se vela por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	1.Se realiza registro respectivo con calidad y buen manejo de la documentación y de las bases vía web DRIVE y correo electrónico.
13. Entrega al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	1. Se envió base de datos y base sistemáticos respectivos del mes liberado los día 2,3,6,8,10,11,14,16,18,20,22,25,26,27,28,29.	1. Se envía informe anexos de bases correspondiente del mes, DICIEMBRE 2020
14. Apoyar las jornadas , eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando sea requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formaciones programadas por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	SI	1. Capacitación a pasajeros provenientes de zonas de riesgo dando a conocer las alertas epidemiológicas que se presentan en el momento.	1. Se verifico por vía telefónica a diario toma de temperatura y verificación de signos y síntomas a pasajeros por contingencia de COVID 19 2. Se recomendó a pasajeros la importancia del lavado de manos, el uso de tapabocas y el aislamiento obligatorio preventivo.
15- Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito Capital en el marco del contrato PSOC, disponiendo de recursos talentos, 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	1. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios positivos y contactos directos, diligenciando base de datos, a diario y revisión de los tres puntos de entrada	1. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios positivos y contactos directos, diligenciando base de drive, Acta de revisión de productos del mes de DICIEMBRE 2020

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL, QUINCE PESOS. /mc

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Liliana Cruz V. 1033693876

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(es): LILIANA CRUZ VILLANUEVA
Nit: CC 1033683876
Dirección: CALLE 48 BIS # 3 14 MOLINOS
Teléfono: 3209889602 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

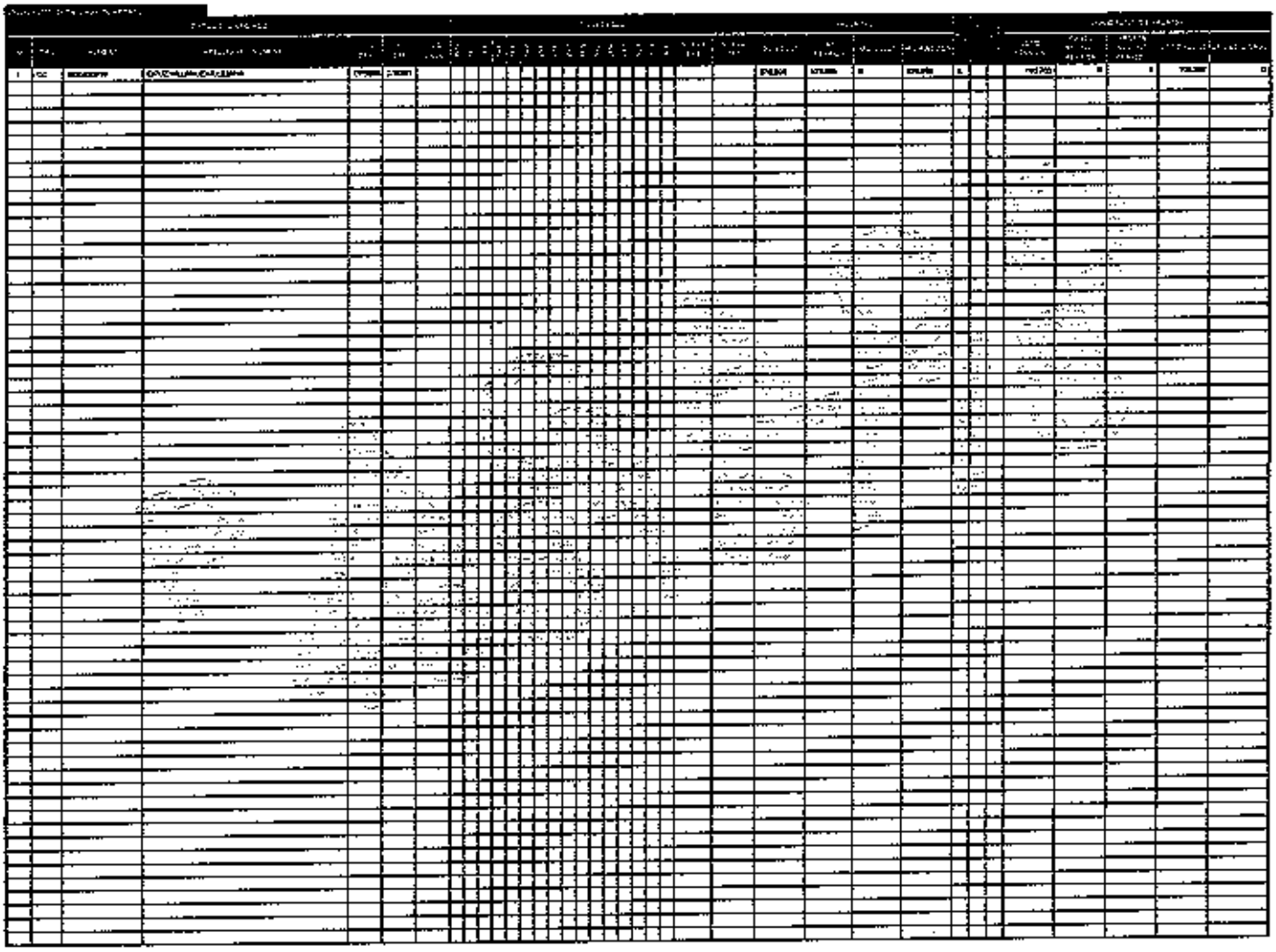
compensar | miplanilla.com

Nombre/Razón social	LILIANA CRUZ VILLANUEVA
Tipo y número de identificación	1033683876
Número de liquidación planilla	65348815778
Fecha de pago	12/9/2020
Número de autorización de pago	65815778
Banco	1052
Valor Cheque	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Noviembre 2020
Periodo cotización pensión	Noviembre 2020
Periodo cotización caja	Noviembre 2020
Número de administradoras	3
Total Pagado	$272.100
Total otros pagos	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-12	ARL SURA	$21.600	1
230301	Porvenir	$140.700	1
EPS005	Sanitas EPS	$109.800	1

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



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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12 2020

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

NIT : 900.959.048-4

DEBE A:

LILIANA CRUZ VILLANUEVA

CC 1033683876 DE BOGOTÁ

La suma de $ 2.197.015, Dos Millones Ciento Noventa y siete mil, Quince Pesos. M/C por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFERMERIA TECNICO 1 durante

El periodo de 01/12/2020 al 31/12/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de

Prestación de servicios N° 342 /2020

Liliana Cruz V.
LILIANA CRUZ VILLANUEVA

CC 1033683876 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS

NUMERO 0.069.736.68