41

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
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código:	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HEIDY FERNANDA MAHECHA										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52849126					
CORREO ELECTRÓNICO:	lefeheidy28@hotmail.com				CELULAR:	3212202329					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: vsp											
UBICACIÓN DEL SERVICIO: FO09						FONTIBON					
CENTRO DE COSTOS:	SALUD PUBLICA						SEDE:		Fontibon			
	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FC09K32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	766053979						PENSIONADO	No				

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	711-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 5					
NÚMERO DE CDP	708 - 505	FECHA	30/04/2020 - 03/04/2020	NÚMERO DE CRP	25645 - 21030	FECHA	03/05/2020 - 04/04/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios profesionales 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.Enfermera profesional										
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
			1	5	2020		31	5	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%				$0					

OBSERVACIONES: Se realiza aporte al fondo de pensiones por 3% de acuerdo al beneficio de pago parcial a pension reglamentado en la Resolucion 686 de 2020.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.345.065
VALOR EJECUTADO	$13.019.576
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$325.489
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 **$2'194.508**, 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9405367199	1.301.958	162.800	39.100	3	31.800	**233.700**

Dado en Bogotá el mes de Mayo del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HEIDY FERNANDA MAHECHA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

[redacted]	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	3/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	Salud Pública			**Sede: Fontibon**						
No. DE CONTRATO:	711-2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año	
			1	5	2.020		31	5	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HEIDY FERNANDA MAHECHA		**C. C.**	52.849.126		**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO:Prestar Servicios profesionales 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 _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines del perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad oportuna y pertinencia según parámetros descritos del componente espacio y/o proyectos especiales acciones de inspección vigilancia y control, redes, mesas consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sea requerido y asignados, en el contrato vigente entre la red sur occidente y la secretaria distrital de salud	SI	Como Enfermera Profesional Se da cumplimiento a la meta programada en el mes de Mayo de 2020 con productos relacionados a realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia Covid 19 y gestión en la atención de gestantes y lactantes en población escolarizada en las localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón así: 1 Mayo: Realización de 4 IEC 2 Mayo: Realización de 4 IEC 3 Mayo: Realización de 4 IEC 4 Mayo: Realización de 4 IEC 5 Mayo: Realización de 4 IEC 6 Mayo: Realización de 4 IEC 7 Mayo: Realización de 4 IEC 8 Mayo: Realización de 4 IEC 9 Mayo: Realización de 4 IEC 10 Mayo: Realización de 4 IEC 11Mayo: Realización de 4 IEC 12 Mayo: Realizacion de 4 IEC 13 Mayo: Seguimiento a gestantes 14 Mayo: Seguimiento a gestantes 15 Mayo: Seguimiento a gestantes 16 Mayo: Seguimiento a gestantes 17 Mayo: Seguimiento a gestantes 18 Mayo: Seguimiento a gestantes 19 Mayo: Seguimiento a gestantes 20 Mayo: Seguimiento a gestantes 21 Mayo: Seguimiento a gestantes 22 Mayo: Seguimiento a gestantes 23 Mayo: Seguimiento a gestantes 24 Mayo: Seguimiento a gestantes 25 Mayo: Seguimiento a gestantes 26 Mayo: Seguimiento a gestantes 27 Mayo: Seguimiento a gestantes 28 Mayo: Seguimiento a gestantes 29 Mayo: Seguimiento a gestantes 30 Mayo: Elaboración de informe seguimiento a gestantes 31 mayo: Elaboración de informe seguimiento a gestantes	formatos.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de accion con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-subred sur occidente	SI	Como Enfermera Profesional Se da cumplimiento a la meta programada en el mes de Abril de 2020 con productos relacionados a realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia Covid 19 en las localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón	Actas, Listados, formatos.
Se realiza canalización a los casos identificados prioritarios y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones instituciones distintas al sector salud	SI	Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algun caso que se presente en los respectivos formatos ya sea para SIVIM, SISVAN, SIVESCOS, SIVIGILA, Canalizaciones de la subred suroccidente.	notificaciones casos Covid 19
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud	SI	En cada sesión se informa al individuo, y a nivel colectivo los derechos y deberes respecto a la seguridad social en salud.	Actas, Listados, formatos.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestion	SI	Para este me no se realiza veeduria.	formatos, acta.
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la red suroccidente o las contempladas en el plan de acción de espacio asignado	SI	Se Participa en Jornadas de salud programadas por la subred sur occidente.	actas, formato, informe.
Se realiza entrega de soportes y evaluar por la custodia de los mismos.	SI	Se entrega los soportes de acuerdo a las actividades y cronograma establecido	Actas, Listados, formatos.
Se realiza ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos de acuerdo a las pre auditorias del referente espacio asignado, Se realiza entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	De ser necesario se haran ajustes.	Actas, Listados, formatos.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o de la SDS asistir a asistencias técnicas convocadas por la subred suroccidente ESE como SDS	SI	Como Enfermera Profesional Se da cumplimiento a la meta programada en el mes de Mayo de 2020 con productos relacionados a realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia Covid 19 y gestión en la atención de gestantes y lactantes en población escolarizada en las localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibón.	Actas, Listados, formatos.
velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos, o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato	SI	se vela por los recursos otorgados por la unidad de servicios de salud.	Listas de chequeo
Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecucion del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los 15 primeros dias calendario de cada mes	SI	Se paga mensualmente los aportes.	Soporte de pago por medio de la planilla de pago del mes de Abril de 2020.
Dar cumplimiento a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	Se da cumplimiento a los lineamientos según lo establecido desde la secretaria distrital de salud realizando la respectiva lectura de lineamientos del espacio.	listado de asistencia.
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiere lugar	SI	Para el presente contrato no se realiza descuento de glosas.	Para el presente contrato no se realiza descuento de glosas.
Aplicar las políticas de calidad de la institución y participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión.	SI	Se participa en conversatorios programados.	Listado de asistencia , pretest y postest.
Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la Pandemia Covid 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos , de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos, emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Se realizan IEC (investigaciones Epidemiologicas de campo) de usuarios casos sopechoso y positivos de Covid 19.	formatos correspondientes

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):$ 3'254.894 tres millones dos cientos cincuenta y cuatro mil ocho cientos noventa y cuatro pesos.

Heidy F. CC 52849126

HEIDY FERNANDA MAHECHA CC. 52849126 DE BOGOTA

Fecha : 5 de junio de 2020

supervisor: _____

en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52849126		MAHECHA HEIDY FERNANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 31 b n 4a-19 apto 304	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8110772	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-04	2020-04	45402037	9405367199	I	2020/05/08	2020/05/06	BANCO DE OCCIDENTE	0	$233,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$39,100	$0	$0	$39,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$39,100	$0	$0	$39,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,800	$0	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,800	$0	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,800	$0	$0	$162,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$162,800	$0	$0	$162,800
TOTAL				1	$233,700	$0	$0	$233,700

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

42

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:	DANIELA GUALTEROS CORTES											
TIPO DE DOCUMENTO:	CC	X	C.E		NO.	1033771530						
CORREO ELECTRONICO:	monicadaniela1418@gmail.com				CELULAR:	3124223120						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				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:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24092642120								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4498-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 3 DE 4	
NÚMERO DE CDP	708	FECHA	30/04/2020	NÚMERO DE CRP	26020	FECHA	03/05/2020
NÚMERO DE CDP	505	FECHA	03/04/2020	NÚMERO DE CRP	21431	FECHA	04/04/2020
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.						

			DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	1	5	2020	HASTA	31	5	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES: Se realiza aportes a fondo de pensiones por 3% de acuerdo al beneficio de pago parcial a pensión reglamentado en la resolucion 686 del 2020.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.275.498
VALOR EJECUTADO	$4.104.478
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.710.199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$171.020
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

Pendiente

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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9405337025	$877.803,00	$109.800	$26.400	3	$21.400	**$157.600**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO
del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DANIELA GUALTEROS CORTES
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:	VSP							**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	4498-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIELA GUALTEROS CORTES		**C. C.**	1.033.771.530		**DE**	BOGOTA		

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

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 ,anexos operativos e instrucitivos definidos por la SDS y la institución.	SI	1. Se ejecutan las activades del mes de MAYO de acuerdo al lineamienyo del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios	1. Base consolidado pasajero sintomatico diligenciadas MAYO 2020. 2. Base de aeronaves diligenciadas MAYO 2020 3. Formatos de comunicación de riesgo MAYO 2020
2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	1. Soportes de envió vía web de Consolidado general de seguimientos COVID 19 Aeropuerto internacional el Dorado.	1. Se realizó y se envió de forma oportuna el informe diario del consolidado general de seguimientos COVID19 mes de MAYO 2020.
3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	SI	1.Toma de temperatura,captacion de pasajeros de paises de riesgo	1.Toma de temperatura,captacion de pasajeros de paises de riesgo
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.Busqueda de pasajeros sintomáticos y su canalización a Centro Médico Colsanitas el Dorado , para valoración medica. 2.Revisión de declaraciones general de aeronaves (n=19) parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a inmigración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos a bordo. 3.Comunicaión de riesgo a viajeros, proveer información de prevención y medidas de auto cuidado para viajeros, especialmente a quienes viajan a zonas de riesgo de enfermedades trasmisibles y vectoriales o demás alertas epidemiológicas. Como Sarampión, Fiebre amarilla, Virus del Èbola,COVID 19 con métodos de prevención a través de vacunación y canalización al punto de PAI, signos y síntomas de las mismas enfermedades y alertas ambientales. (n=250). 4.Se realiza envio de registro fotográfico los días 10, 20, 31 de MAYO 2020.	1. Envío de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves. 2. Base consolidado diario de aeronaves y envio base de datos 10,20,30de MAYO de 2020 3. Entrega de registro de firmas como soportes de comunicación de riesgo realizada en cada turno, aplicacion encuesta a pasajeros provenientes de los paises en alerta de COVID 19 4. Se realiza envio de registro fotográfico los días 10, 20,30 de MAYO de 2020
5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación.	NO	1.Se capta y se canalizan al punto de vacunación del Aeropuerto Internacional	1.No se programa para este mes
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 los días 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,24,26,28,30 de ABRIL de 2020. 2. Registro fotográfico de realización de comunicación de riego los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2020,	1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno. 2.Se realiza envio de registro fotográfico los días 10, 20,30 de MAYO de 2020
7- 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 viajeros al area del Centro Medico Colsanitas El Dorado, si lo requiere	1. Se realizó canalización de pacientes al Centro Medico Colsanitas El Dorado.
8- 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 línea 14 de MAYO de 2020.	1. Acta y listados de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de canalización de pacientes, comunicación de riesgo.	1.Se realizó actualización de bases de reporte diarios físicos y magnético mes MAYO de 2020
10-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: 1. Base Consolidado de Aeronaves los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2020. 2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2020. 3. Matriz de seguimiento de pasajeros con alguna sintomatología los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2020.	1. Envío vía correo electrónico base de datos Envío los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2020 2. Envío registro fotográfico los días 10, 20 y 30 de MAYO de 2020. 3. Envío matriz de seguimiento los días 10, 20 y 30de MAYO de 2020.
11-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 auditorio de las acciones realizadas en el mes de MAYO del proyecto mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica en puntos de entrada terminales portuarios.	1. Acta y listado de asistencia certificación.
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	SI	1.Entrega de soportes los dias 10 ,20 y 30 de MAYO 2020	1.Soportes entregados de Comunicación de riesgo y Registro Fotografico los dias 10,20 y 30 de MAYO 2020
13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	1.Archivo Fotografico , base de Aerolineas, base de síntomaticos	1.Soporte en DRIVE de base de Aeronaves, base de sintomaticos.
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 formulacion programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	SI	1.Contingencia por COVID 2020	1.Contingencia por COVID 2020
15- Realizar actividades de contención y7o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito Capital en el marco del contrato PSOC, disponiendo de recur5sos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y nlineamientos emanados por el mivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	SI	1. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios positivos y contactos dir5ectos, 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 MAYO 2020

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.710.199 UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS M/C

Daniela Gualteros Cortes 1033771530
CONTRATISTA: DANIELA G

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1033771530		GUALTEROS CORTES DANIELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 24e 76a 22 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7901595	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2020-04	2020-04	20540963	9405337025	1	2020/05/11	2020/05/04	BANCO DE OCCIDENTE	0	$157,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	1033771530	GUALTEROS CORTES DANIELA	230201	30	$877,803	$26,400	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$26,400			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$26,400	$0	$0	$26,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$157,600	$0	$0	$157,600

2020/05/04 12:03 PM