| | 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 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LEIDI PILAR MENDEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1,024,480,846 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ladyxoxo21@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3123643762 | | | | | | |
| 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 | % |
| | FO09K32 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488413162063 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5467-2020 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 DE 2 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1049 | FECHA | 22/07/2020 | NÚMERO DE CRP | 32485 | FECHA | 31/07/2020 | | | |
| 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 | 2020 | | 31 | 8 | 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 porcentajes.O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios,alivios tributarios)es de anotarpae que los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $4.394.030 |
| VALOR EJECUTADO | $4.394.030 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.197.015 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 44491380 | $ 878.806 | $109.900 | $140.700 | 3 | $21.500 | $272.100 |

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

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEIDI PILAR MENDEZ
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 | 04/03/2017 |
| Código | 04-02-FO0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VSP | | **Sede: FONTIBON** | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 5467-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 8 | 2.020 | | 31 | 8 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | LEIDI PILAR MENDEZ | | **C. C.** | 1,024,460,846 | | | BOGOTA | | |

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1.Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos ,anexos operativos e instructivos definidos por la SDS y la institución. | SI | 1. Se ejecutan las actividades del mes de AGOSTO de acuerdo al lineamiento del proyecto de Mantenimiento y fortalecimiento de la estrategia de vigilancia epidemiológica puntos de entrada terminales portuarios | 1. Base consolidado pasajero sintomatico diligenciadas AGOSTO 2020.<br>2. Base de aeronaves diligenciadas AGOSTO 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 AGOSTO 2020. |
| 3- Recepción, verificación, pre-crítica 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.<br>2.Revisión de declaraciones general de aeronaves parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a inmigración se debe verificar la notificación de pasajeros enformos a bordo.<br>3.Se realiza envío de registro fotográfico los días 10,20, 31 de AGOSTO 2020. | 1. Envio de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves.<br>2. Base consolidado diario de aeronaves y envio base de datos 10,20,31 de AGOSTO de 2020<br>3. Se realiza envio de registro fotográfico los dias 10,20,30 de AGOSTO de 2020 |
| 5.Realizar Bloqueos de vacunación para verificación y actualización del esquema del vacunación. | SI | 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 AGOSTO de 2020.<br>2. Registro fotográfico de realización de comunicación de riego los días10, 20 y 31 de AGOSTO de 2020 | 1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno.<br>2.Se realiza envio de registro fotográfico los días 10,20,31 de AGOSTO 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 | 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 AGOSTO 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 AGOSTO 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:<br>1. Base Consolidado de Aeronaves los días 10, 20 y 31 de AGOSTO de 2020.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10, 20 y 31 de AGOSTO de 2020.<br>3. Matriz de seguimiento de pasajeros con alguna sintomatología los días 10, 20 y 31 de AGOSTO de 2020. | 1. Envio via correo electrónico base de datos Envio los días 20 y 31de AGOSTO de 2020<br>2. Envio registro fotográfico los días 20 y 31 de AGOSTO de 2020.<br>3. Envio matriz de seguimiento los días 10,20 y 31 de AGOSTO 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 AGOSTO 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 días 10,20 y 31 de AGOSTO 2020 | 1.Soportes entregados de Comunicación de riesgo y Registro Fotografico los dias 10,20 y 31 de AGOSTO 2020 |
| 13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual. | SI | 1.Archivo Fotografico , base de Aerolineas, base de sintomaticos | 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<br>2. Se realiza seguimiento telefónico diario a usuarios asintomaticos que llegan de los vuelos humanitarios de zonas de riesgo, verificando el estado de salud y si hay casos con síntomas reportarlos para control y toma de muestra por parte de la secretaria de Salud o EPS correspondiente. | 1.Contingencia por COVID 2020<br>2. Se realiza seguimiento telefónico a usuarios asintomaticos y positivos , diligenciando base de drive, Acta de revisión de productos del mes de AGOSTO 2020 |
| 15- Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el distrito Capital en el marco del contrato PSCC, 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 | 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 AGOSTO 2020 |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/C**

LEIDI PILAR MENDEZ

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Leidi Pilar Mendez 1024460846

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 5/09/2020

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** LEIDI PILAR MENDEZ
**No. Identificación:** CC1024480846
**Dirección:** CRA 82 A 3 42 C 16 SUR
**Telefono:** 3123643762
**Correo:** LADYXOXO21@HOTMAIL.COM
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 44491390

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LEIDI PILAR MENDEZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC1024480846 |
| **Número de planilla** | 44491390 |
| **Fecha pago** | 2020-08-04 |
| **Número de autorización pago** | 821901 |
| **Banco** | 1083 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | julio de 2020 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | julio de 2020 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 272100 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 21500 | 1 |
| 230301 | Porvenir | 140700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 109900 | 1 |

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1024480846
APELLIDOS Y NOMBRES: LEIDI PILAR MENDEZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 230301 | 878806 | 878806 | 878806 | 0 | 109900 | 0 | 140700 | 0 | 21500 | 0 |

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 08/ 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEIDI PILAR MENDEZ

CC 1.024.480.846 DE BOGOTA

La suma de $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/C por concepto de servicios AUXILIAR DE ENFEMERIA TECNICO 1 durante el periodo 01/08/2020 al 31/08/2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N 5467/2020

Leidi Pilar Mendez

LEIDI PILAR MENDEZ

CC 1.024.480.846 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 055048841316206 3