157

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:	GLORIA MARCELA DÍAZ ALAYÓN												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52367559							
CORREO ELECTRONICO:	glomardy@hotmail.com				CELULAR:	3125474751							
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	456870073529								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	289-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 de 12	
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	11/26/2020	NÚMERO DE CRP	51567	FECHA	11/30/2020	
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA		
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 AUXILIAR DE ENFERMERIA**							

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 dé 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:	$22.537.389
VALOR EJECUTADO	$22.171.220
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$366.169
PORCENTAJE DE EJECUCION	97%

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
8347093548	$ 878.806	$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,

Claudia Patricia Prieto C

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Marcela Diaz A

GLORIA MARCELA DIAZ ALAYON
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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VSP		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	289-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GLORIA MARCELA DÍAZ ALAYÓN	C. C.	52.367.559			DE	BOGOTÁ		

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. AUXILIAR DE ENFERMERIA

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1- Recepción, verificación, pre-crítica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	SI	1. Se realiza seguimientos de pacientes Positivos COVID 19 y sus contactos 60 diarios en un total aproximado de 1800.	1.60 Seguimientos diarios telefonicos, control covid 19, formato de seguimientos casos INDICE, tablero relación, casos aplicativo Distrital, INFOCONTACTOS.
2- Diariamente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	1. Se realizo a diario seguimientos pacientes positivos y sus contactos, se ingresan en bases para realizar su respectivo seguimiento por 14 dias de aislamiento preventivo, antes del 15 de Julio y despues de esta fecha tres seguimientos y cierre sin estan sin sintomas, se realiza un cuarto si presenta algun sintoma, el primer seguimiento es el de la IEC, el segundo es el 6to dia y los siguientes siete días despues del segundo seguimiento.	1. Se realizó y se envió de forma oportuna el informe diario de los seguimientos COVID19 mes de DICIEMBRE 2020.
3.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 DICIEMBRE de acuerdo al lineamiento de seguimientos COVID	1. Cumplimiento con la revisión y envío con de todos los productos, actualización, alimentación y revisión de trabajado en el DRIVE y Plataforma, entrega de los mismos.
4-Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	NO	No se programa ninguna Actividad relacionada con esta obligación	No programado
5- 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 los seguimientos covid de DICIEMBRE 2020.	1. Acciones realizadas se relacionó por medio vía web.
6- 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 realiza seguimiento de base de viajeros que ingresan por contingencia COVID 19 para su cumplimiento de aislamiento	1. Se realizó seguimiento telefónico a pasajeros a partir de bases realizadas a diario, por contingencia COVID 19.
7- 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 Virtual de línea en DICIEMBRE de 2020.	1. Acta y listado de asistencia.
8- 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 sintomas como(fiebre, cansancio, tos seca, congestión nasal, dolor de garganta, dificultad para respirar, o diarrea).	1. Se realizó actualización de seguimientos a bases a diario por contingencia COVID 19. 2. Se realiza seguimiento telefónico a pasajeros donde se les brinda recomendaciones de salud, la importancia del aislamiento, signos y sintomas, lavado de manos, uso de tapabocas y acudir a líneas de orientación y atención medica si identifica los sintomas.
9-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.	NO	No se programa ninguna Actividad relacionada con esta obligación	No programado
10-Participar en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	NO	No se programa ninguna Actividad relacionada con esta obligación	No programado
11.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	NO	No se programa ninguna Actividad relacionada con esta obligación	No programado
12. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	1. Se envia seguimientos a pasajeros Positivos y sus contactos sintomáticos y asintomaticos respectivos del mes laborado,los dias 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30, de NOVIEMBRE 2020.	1. Se envia informe diario de bases correspondientes del mes, de NOVIEMBRE 2020
13. 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.	NO	No se programa ninguna Actividad relacionada con esta obligación	No programado
14- 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 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 seguimientos telefónicos a pasajeros diligenciando bases, Acta de revisión de productos del mes de DICIEMBRE 2020.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.197.016 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/C

GLORIA MARCELA DÍAZ ALAYÓN, 52.367.559 FIRMA DEL CONTRATISTA: Marcela Diaz A

Firma del supervisor Firmado recibido supervisor: Claudia Ramirez Pinzon

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:

GLORIA MARCELA DÍAZ ALAYÓN

CC 52.367.559 DE BOGOTÁ

La suma de $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/C por concepto de servicios AUXILIAR EN ENFERMERÍA 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° 289/2020

Marcela Diaz A

GLORIA MARCELA DÍAZ ALAYÓN

CC 52.367.559

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 456870073529

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

Señor(a): GLORIA MARCELA DIAZ ALAYON
No. Identificación: CC52367559
Dirección: CARRERA 13A N. 18-44
Telefono: 3125474751
Correo: glomardy@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8347093548

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GLORIA MARCELA DIAZ ALAYON	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC52367559	Periodo de Cotización Salud	noviembre de 2020
Número de planilla	8347093548	Periodo de Cotización Pensión	noviembre de 2020
Fecha pago	2020-12-04	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	1000000155	Total Pagado	289700
Banco	1001	Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8347093548

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21500	1
230201	Proteccion (ING + Protection)	140700	1
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	17600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	109900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52367559
APELLIDOS Y NOMBRES: GLORIA MARCELA DIAZ ALAYON

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
EPS017	230201	878806	878806	878806	878806	109900	0	140700	0	21500	0

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