88

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	

23

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LIZETH DAYANNA MUÑOZ MUÑOZ										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	C.E		NO.	1014290871						
CORREO ELECTRONICO:	lizethmunozmunoz@gmail.com			CELULAR:	3222910218						
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:	CAJA SOCIAL			TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24100461121							PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4467-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO				11 de 11			
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26-11-2020	NÚMERO DE CRP	56900	FECHA	16-12-2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de AUXILIAR DE ENFERMERIAy/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	1	2021		31	1	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	*$2.197.015*										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcetajes. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se deba a llegar los soportes.											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.071.319
VALOR EJECUTADO	$22.071.319
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
9414670600	$878.806	$109.900	$140.700	3	21.500	$272.100

Dada en Bogotá en el mes de Enero del año **Dos mil veintiuno (2021)**. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LIZETH DAYANNA MUÑOZ MUÑOZ
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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA**		**Sede:**	**SUR**					
No. DE CONTRATO:	**4467-2020**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2.021		31	1	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**LIZETH DAYANNA MUÑOZ MUÑOZ**		**C. C.**	1.014.290.871		**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dientro 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 ,anexos operativos e instrucitivos definidos por la SDS y la institución.	SI	1. Se ejecutan las actividades del mes de ENERO de acuerdo al lineamiento del proyecto Mantenimiento y fortalecimiento de la Estrategia de Vigilancia epidemiológica de Puntos de entrada Terminales Portuarios.	1. Cumplimiento con la revisión y envio con actas de todos los productos, actualización, alimentación y revisión de archivo, entrega de insumos a los mismos.
2- Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente al cumplimiento de metas y criterios de calidad.	NO	*No programado para este mes*	*No programado para este mes*
3- Recepción, verificación, pre-critica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes.
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 Colsanitas el Dorado para valoración medica. 2. Revisión de declaraciones general de aeronaves parte sanitaria de vuelos internacionales. En tiempo real cuando la tripulación ingrese a migración se debe verificar la notificación de pasajeros enfermos 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 más alertas epidemiológicas. como sarampión, fiebre amarilla, difteria, COVID 19, con métodos de prevención a través de vacunación y canalización 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,eguimiento telefónico por 14 días a pasajeros que ingresaron de paises de riesgo por la contingencia de COVID 19, para cumplimiento de su respectiva aislamiento. 4.se realizó registro fotográfico 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 todas las que viajan a zonas endémicas y de riesgo se indica puntos de vacunación y horarios, 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 del mes laborado de los dias 1,4,6,9,10,12,14,15,18,20,23,24,26,28,29 de ENERO de 2021.	1.listado de asistencia y listado de entrega de EPP.
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.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
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 15 DE ENERO de 2021.	1. Acta y listado de asistencia.
9- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.	SI	1. Se realiza captacion 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 envia reporte a epidemiologa durante el turno, por contingencia COVID 19. 2. Se les brinda recomendaciones de salud, la importancia del aislamiento, signos y síntomas, lavado de manos, uso de tapabocas y acudir a líneas de orientación y atención medica si identifica los síntomas.
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. captacion a pasajeros contingencia de COVID 19. 2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo.	1. Se envió seguimiento de pasajeros a epidemiologa. 2 Registro fotográfico se realizó a diario según labor por contingencia COVID 19.
11-Participara en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
12.Realizar la gestion del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
13. Entregar al referente Backup de información en magnetico de manera mensual.	NO	No programado para este mes	No programado para este mes
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 formuclacion programados 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 verifica a diario toma de temperatura y verificación de signos y síntomas a pasajeros por contingencia de COVID 19 2. Se dan recomendaciones a pasajeros la importancia del lavado de manos, *el uso de tapabocas y el aislamiento obligatorio preventivo.*
15- Realizar actividades de contención y 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 tamizaje de viajeros procedentes de zonas de riesgo y su respectiva canalización.	1. Se realiza envio de reporte a la epidemiologa del mes de ENERO 2021

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

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
LIZETH DAYANNA MUÑOZ MUÑOZ
1014290871 BTA

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 1014290871		MUÑOZ MUÑOZ LIZETH DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 87c n 50a 12 sur bosa betania	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	921005209418179I	94146706O0	I	2021/01/20	2021/01/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$878,806	$140,700			$878,806	$109,900			$0	$0			$878,806	$21,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$878,806**	**$140,700**			**$878,806**	**$109,900**			**$0**	**$0**			**$878,806**	**$21,500**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$878,806**	**$140,700**			**$878,806**	**$109,900**			**$0**	**$0**			**$878,806**	**$21,500**		**$0**	**$0**
1	CC 1014290871	MUÑOZ LIZETH	28-14	30	$878,806	$140,700	EPS002	30	$878,806	$109,900		0	$0	$0	14-11	30	$878,806	$21,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$878,806**	**$140,700**			**$878,806**	**$109,900**			**$0**	**$0**			**$878,806**	**$21,500**		**$0**	**$0**

2021/01/05 11:12 AM

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 1014290871		MUÑOZ MUÑOZ LIZETH DAYANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	carrera 87c n 50a 12 sur bosa betania	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	9210052094181791	94146706G0	I	2021/01/20	2021/01/05	BANCO DE OCCIDENTE	0	$272,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,700	$0	$0	$140,700
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$140,700	$0	$0	$140,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,500	$0	$0	$21,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,500	$0	$0	$21,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,900	$0	$0	$109,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,900	$0	$0	$109,900
TOTAL				1	$272,100	$0	$0	$272,100

2021/01/05 11:12 AM

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIZETH DAYANNA MUÑOZ MUÑOZ

CC 1014290871 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 ENFERMERIA Técnico 1, durante el periodo de 01 AL 31 DE ENERO 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4467/2020

LIZETH DAYANNA MUÑOZ MUÑOZ

CC 1014290871 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24100461121