54

Secretaria 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 BOGOTA D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NORMA ELIZABETH HERNANDEZ RINCON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032371963							
CORREO ELECTRONICO:	pshernandezr@hotmail.com				CELULAR:	3142012105							
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	3900115985								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	336-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 11 DE 12				
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26-11-2020	NÚMERO DE CRP	51599	FECHA	30-11-2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PSICOLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	12	2020		31	12	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$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:	$38.574.118
VALOR EJECUTADO	$37.979.093
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$595.025
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
9413313855	$1.428.060,00	$228.500	$178.600	3	$34.800	**$441.900**

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:

NORMA HERNANDEZ

NORMA ELIZABETH HERNANDEZ RINCON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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					
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:	336-2020	Periodo certificado desde el	1	12	2.020		31	12	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NORMA ELIZABETH HERNANDEZ RINCON		C. C.		1.032.371.963	DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PSICOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO_____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Se realiza entrega semanal de productos SISVECOS al referente. Los dias 7, 14, 21 de diciembre para un total de 37 casos Correspondientes al las 4 localidades	Lista de chequeo con casos
. 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad.	SI	Se realizaron 37 casos Sivim/Sisvecos abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes clasificados	Soportes en fisico de 37 IEC de la la SUBRED
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	envio por correo electronico, casos que se requiere intervencion por espacio de vivienda según los criterios. Envio de instrumento de canalizaciones(SIRC).	correo electronico
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	SI	casos entregados durante el mes de diciembre	37 casos entregados
5. Apoyar en las asesorias y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,	NO	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS	SI	Se realiza la concordancia de casos sisvecos/sivim del mes de noviembre se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1.	caso para auditoria OCTUBRE
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado,	SI	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ningún producto relacionada con esta actividad
8. Participar en la elaboración de informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad.	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación
9. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM, consejos) 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	Reunion mensual. Bajo la modalidad virtual: 5/12/2020.	Acta de concordancia y listado de asistencia
10. Participar en pre auditoria de soportes fisicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se haco entrega para pre auditoria de los soportes de las IEC SIVIM/ SISVECOS correspondientes al mes de agosto con respectivo ajuste en aplicativo y fisico	acta de concordancia y listado de asistencia y correo electronico
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	NO	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	SI	entrega oportuna de los soporte sde la IEC con calidad.	entrega de IEC en tiempos estipulados
13. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución.	SI	Se tiene conocimiento y se realiza ejecución de acuerdo a lineamientos y anexos definidos por la SDS y la institución.	Se realizan actividades acordes a perfil contratado.
14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna según programación	SI	Se realiza la disponibilidad frente a alerta amarilla de Calidad del aire, y Covid 19	Asistencia a actividades programadas
15. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la institución	SI	Se realizan las acciones oportunas para la entrega de archivo con calidad y norma requerida de manera mensual.	Soportes en fisico de la relación.
16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	Se realiza entrega semanal de base de intervenciones en magnetico de las iec efectivas, fallidas y foraneas del mes de diciembre	Base drive entregada a referentes de manera mensual.
17. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Publica, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes.	SI	Jornada de tamizajes en IDIPRON La Rioja, Normandia relacionados con la prevencion y detecccion de conducta suicida y consumo de SPA. 10/12/2020. 11/12/2020.12/12/2020 14/12/2020	Lista de chequeo tamizajes entregados
18.Realizar actividades de coontencion y/o mitigacion por la pandemia covid 19 en el distroto capital en el marco de contratacion PSPIC, disponiendio de recursos telefonicos, tecnologicos y de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de protocolos guias y lineamientos enamados, a nivel distritalpara la identidfcacion y atencion de casos nuevos y busquedas de contacto.	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.570.149 (tres millones quinientos setenta mil y ciento cuarenta y nueve PESOS M/CTE

NORMA HERNANDEZ

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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 1032371963		HERNANDEZ RINCON NORMA ELIZABETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cl 11a 79a 28 int 14-302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6955354	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-11	2020-11	823515502	9413313855	I	2020/12/15	2020/12/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$441,900

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
1	CC 1032371963	HERNANDEZ NORMA	230201	30	$1,428,060	$228,500	EPS008	30	$1,428,060	$178,600		0	$0	$0	14-11	30	$1,428,060	$34,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,428,060	$228,500			$1,428,060	$178,600			$0	$0			$1,428,060	$34,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,500	$0	$0	$228,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$228,500	$0	$0	$228,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,800	$0	$0	$34,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,800	$0	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,600	$0	$0	$178,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,600	$0	$0	$178,600
TOTAL				1	$441,900	$0	$0	$441,900

2020/12/07 10:30 AM

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

NORMA ELIZABETH HERNANDEZ RINCON

CC 1032371963 DE BOGOTA

La suma de$3.570.149 (tres millones quinientos setenta mil y ciento cuarenta y nueve pesos m/cte) por concepto de servicios PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2/ PROFESIONAL EN PSICOLOGIA, durante el periodo del 1 al 31 de diciembre en conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 336/2020

NORMA HERNANDEZ

NORMA ELIZABETH HERNANDEZ RINOCN

CC 1032371963 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 003900115985