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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ÁNGELA GUTIÉRREZ URREA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1015426345						
CORREO ELECTRONICO:	luzangelapsico@hotmail.com				CELULAR:	3186138011						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				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:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24422331511								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3269-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 4
NÚMERO DE CDP	610	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	27055	FECHA	30/04/2021
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 SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	5	2021		31	5	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684							
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 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:	$14.453.201
VALOR EJECUTADO	$14.453.201
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.627.684
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 **$2.271.315** 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
50516140	$1.474.088,00	$184.300	$235.900	3	$36.000	**$456.200**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ ÁNGELA GUTIÉRREZ URREA
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:	3269-2021	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	5	2.021		31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ ÁNGELA GUTIÉRREZ URREA		C. C.	1.015.426.345			DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicos 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 ___ 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 realizó entrega semanal de productosSIVIM al referente, segin programación para el mes de mayo los dias: 10,18,24 y 28 de mayo de 2021.	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 30 casos Sivim abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes clasificados	Lista de chequeo con casos
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados.	SI	Se envio por correo electrónico, casos que se requiere canalizacion SIRC 30 casos SIVIM.	Correo electrónico del envió
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado	SI	30 casos entregados durante el mes de Mayo .	meta programada para el mes de Enero.
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).	SI	Se realiza la concordancia de 30 casos sivim del mes de Mayo se entrega debidamente archivados en magnetico con las indicaciones recibidas de numeracion.	Acta de concordancia y listado de asistencia
7. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado.	NO	No se programa para este mes.	No se Programa para este mes.
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.	SI	Se consolida por carpeta cada uno de los seguimientos diarios realizados correspondientes al subsistema SIVIM.	Envió soporte entrega carpetas en magnetico.
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	Se realiza reunión equipo 5 de mayo, conversatorio 5 de mayo	Acta de concordancia y listado de asistencia
10. Participar en pre auditoria y auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	NO	No se programa para este mes.	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.	SI	Se realiza segumiento tres casos recibido por alertas enviadas de otras localidades y base enviada al lider de salud mental oportunamente	base de intervenciones enviada por correo electronico
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	NO	No se programa para este mes.	No se Programa para este mes.
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 segun programación.	NO	No se programa para este mes.	No se Programa para este mes.
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	Soporte magnetico	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.	NO	No se programa para este mes.	No se Programa para este mes.
18. Realizar actividades de contencion y/o mitigación por la pandemia COVID-19 en el distrito capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, deproteccion personal quue permitann implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias, y lineamientos amanados por nivel distrital, para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Educacion de prevencion de COVID-19 en las iec SIVIM.	Formato IECSIVIM en magnetico

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3´627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIENTE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

LUZ ANGELA GUTIERREZ U.

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1015426345

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUZ ÁNGELA GUTIÉRREZ URREA

CC 1015426345 DE BOGOTA

La suma de $3´627.684 (TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIENTE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE), por concepto de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGIA – PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2 OPERATIVO durante el periodo del 1 al 31 DE MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3269/2021

Luz Angela Gutierrez U

LUZ ÁNGELA GUTIÉRREZ URREA

CC 1015426345 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 24422331511

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **LUZ ANGELA GUTIERREZ URREA**, identificada con **CC** número **1015426345**, aportó por el empleado **GUTIERREZ URREA LUZ ANGELA** identificado(a) con **CC** número **1015426345** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 04 - 2021 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCION	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACION Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	MORA EN 2020
14-11	ARL SURA																0		30	$1,474,088	0.02436	$36,000	$0	$0	4/1/2021 12:00:00 AM	50516140	5/10/2021 12:00:00 AM	NO
EPS008	Compensar EPS																0		30	$1,474,088	0.12500	$184,300	$0	$0	4/1/2021 12:00:00 AM	50516140	5/10/2021 12:00:00 AM	NO
230201	Proteccion (ING + Proteccion)																0		30	$1,474,088	0.16000	$235,900	$0	$0	4/1/2021 12:00:00 AM	50516140	5/10/2021 12:00:00 AM	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los 10 dias del mes Mayode 2021

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