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:	LADY MILENA PEÑA MUÑOZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C E		NO.	1018402829							
CORREO ELECTRONICO:	LEIDYM1985@GMAIL.COM				CELULAR:	3007350614							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBONFO09.												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%											
	FO09K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	89573969317										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3991-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 1
NÚMERO DE CDP	32	**FECHA**	8/01/2021	**NÚMERO DE CRP**	14333	**FECHA**	31/01/2021
NÚMERO DE CDP							
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.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2021		28	2	2021
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:	$3.570.149
VALOR EJECUTADO	$3.570.149
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 **$2.271315** 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
886205469	$1.428.060	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Leidy Peña

LADY MILENA PEÑA MUÑOZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	3	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:	3991-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	2	2021		28	2	2021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LADY MILENA PEÑA MUÑOZ	C. C.	1.018.402.829			DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propo 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

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, segun se programe para el mes de febrero los dias: 8 15,22	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 casos SISVECOS 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	envio por correo electronico, casos que se requiere canalizacion SIRC 37 casos SISVECOS	Correo electrónico del envió
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	SI	38 casos entregados durante el mes de febrero	meta programada para el mes de febrero
5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se pograma ningún producto relacionada con esta actividad
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 del mes de frebrero 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 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.	SI	Se consolida por carpeta cada uno de los seguimientos diarios realizados correspondientes al subsistema SISVECOS.	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 Salud mental- 5 de febrero	Acta de concordancia y listado de asistencia
10. Participar en pre auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se hace entrega para pre auditoria de los soportes de las IEC SISVECOS correspondientes al mes de febrero con respectivo ajuste en aplicativo y físico	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 a un caso 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 ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se pograma ningún producto relacionada con esta actividad
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 Covid 19, educación y manejo.	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	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 ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se pograma ningún producto relacionada con esta actividad
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 SISVECOS.	Formato IEC SISVECOS en magnetico

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3,570,149 TRES MILLONES quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Lady Peña 1018402829

Fecha : 28 marzo Firma de recibido supervisor:

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

Pag 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1018402829	LADY MILENA PEÑA MUÑOZ	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION
2021	1	2021	4815741	

TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CLL 32 SUR 68 77 BRR ALQUERIA	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTA D. C.	11	4669297		LEIDYM1989@GMAIL.COM	7490	1,428,100	1	2021/02/03	886205492

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS005	800251440-6	178,600	0		0		0	178,600	0	0	0	178,600	0		0	0	178,600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
230201	800229739-0	228,500	0	0	0	0	0	0	228,500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860006942-7	28,600	0	0	28,600	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERICDO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-11	860903790-5	34,800		0	0	34,800
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	34,800		0	348	34,800

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE ISE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	228,500	228,500
SALUD	178,600	178,600
RIESGOS LABORALES	34,800	34,800
CCF	28,600	28,600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	470,500	470,500

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES														VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
NI	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IGP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	EXTRANJERO	DIAS COTIZADOS EN EXTRANJERO	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	1018402826	PEÑA MUÑOZ LADY MILENA	EPS005	230201	COF24																			1,426,100	1,426,100	1,426,100	1,426,100	0			228,500	0	0	178,000	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Lady Milena Peña Muñoz

CC. 1.018.402.829 de Bogotá

La suma de 3,570.149 tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve pesos. Por concepto de servicios como profesional universitario 2. Durante el periodo del 01 al 28 de Febrero de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3991-2021}.

Lady Peña

Lady Milena Peña Muñoz

CC. 1.018.402.829 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO: BANCOLOMBIA

NUMERO: 895-739693-17