| 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 | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ERIKA PATRICIA SUAREZ PEDROZA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 45557005 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | erikasuarezpedroza@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3133364545 | | | | | | |
| 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 | 4870417476 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3978-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 2 DE 2 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 23/02/2021 | NÚMERO DE CRP | 18652 | FECHA | 28/02/2021 | | | |
| 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 | 3 | 2021 | | 31 | 3 | 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: | $7,140,298 |
| VALOR EJECUTADO | $7,140,298 |
| 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 $ 2,271.315 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9416512606 | $1,428,060.00 | $178,600 | $228,500 | 3 | $34,800 | $441,900 |

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

DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Erika Suarez P.
ERIKA PATRICIA SUAREZ PEDROZA
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 |
| Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | VSP | | | **Sede: FONTIBON** | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3978-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2.021 | | 31 | 3 | 2.021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | ERIKA PATRICIA SUAREZ PEDROZA | | **C. C.** | 45.557.005 | | | DE | CARTAGENA | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 realiza entrega semanal de productos SISVECOS al referente los días 8, 15, 22 Y 29 del mes de marzo de 2021 para un total de 30 casos Correspondientes a la localidad de Bosa, kennedy, puente aranda, fontibon. Se realiza entrega semanal de actividades | 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 realizan 30 casos salud mental cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes, realizacion diaria de seguimientos telefonicos para posibles casos reportados | Soporte digital IEC, formato de actividades semanal |
| 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. Activacion de ruta 3 | Correo electrónico del envió |
| 4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado. | SI | Casos entregados durante el mes de enero | 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 | Magnetico del mes de febrero | 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 | Actividad relacionada con seguimientos telefonicos | seguimientos de casos, registro en bases de datos y correos electronicos. |
| 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 DE EQUIPO DE SALUD MENTAL VIRTUAL EL DIA 02/03/2021 | Captura imagen de la reunion |
| 10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda. | SI | Se hace pre auditoria de los soportes de las IEC sisvecos correspondientes al mes de noviembre y diciembre de 2020 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. | SI | Se realia segumiento a un caso notifocado por linea 106, 5 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 programa 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, acta de lectura de lineamientos. |
| 14. Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna según programación | SI | 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 envia base de datos de los seguimientos debidamente diligenciados via correo electronico, se diligencia formulario en dirve del cumplimiento de seguimientos | Base de seguimientos enviadas via correo electronico |
| 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 | se realiza asistencia y participación de las actividades programadas por la subred y la secretaria distrital de salud | Asistencia a las actividases programadas |
| 18. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PIC, 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. En total se efectuaron 191 seguimientos telefonicos | SI | Se realiza seguimiento telefónico a casos asignados, se brinda orientación y asesoría sobre rutas de atención integral, paginas distritales, direccionamiento a entidades de salud en caso de eventos de riesgo. Se refuerza pisco educación en técnicas de autocuidado y protocolos establecidos a nivel distrital | Base de seguimiento |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3. 570.149 Tres millones quinientos setenta mil ciento cuarenta y nueve mil pesos M/CTE

Erika Suarez P

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA C.C. 45557005

Fecha, nombre completo y firma de quien supervisa

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 3 - 2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ERIKA PATRICIA SUAREZ PEDROZA

CC 45.557.005 DE CARTAGENA

La suma de 3570149 por concepto de servicios PROFESIONAL EN PSICOLOGIA UNIVERSITARIO 2 durante el periodo de 01/03/2021 al 31-03-2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3978-2021

Erika Suarez P.

ERIKA PATRICIA SUAREZ PEDROZA

CC 45557005DE CARTAGENA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 004870417476

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 45557005 | | SUAREZ PEDROZA ERIKA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 37A 64C 10 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pension | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 71535397 | 9416512606 | I | 2021/03/02 | 2021/03/09 | BANCO DE OCCIDENTE | 3 | $441,900 |

**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 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 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 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $178,600 | $0 | $0 | $178,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $441,900 | $0 | $0 | $441,900 |



2021/03/09 09:38 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 45557005 | | SUAREZ PEDROZA ERIKA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 37A 64C 10 SUR | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 1234567 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 71535397 | 9416512606 | I | 2021/03/02 | 2021/03/09 | BANCO DE OCCIDENTE | 3 | $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 |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 45557005 | SUAREZ ERIKA | 230301 | 30 | $1,428,060 | $228,500 | EPS017 | 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 |



2021/03/09 09:38 AM