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:	KELLY YULIANA QUINTERO FIERRO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53103504						
CORREO ELECTRONICO:	juliana.4455@hotmail.com				CELULAR:	3214200506						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBONFO09.											
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	7500777797								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4922-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 4			
NÚMERO DE CDP	626	FECHA	29/04/2021	NÚMERO DE CRP	28009	FECHA	30/04/2021			
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	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:	$13.620.166
VALOR EJECUTADO	$13.620.166
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.

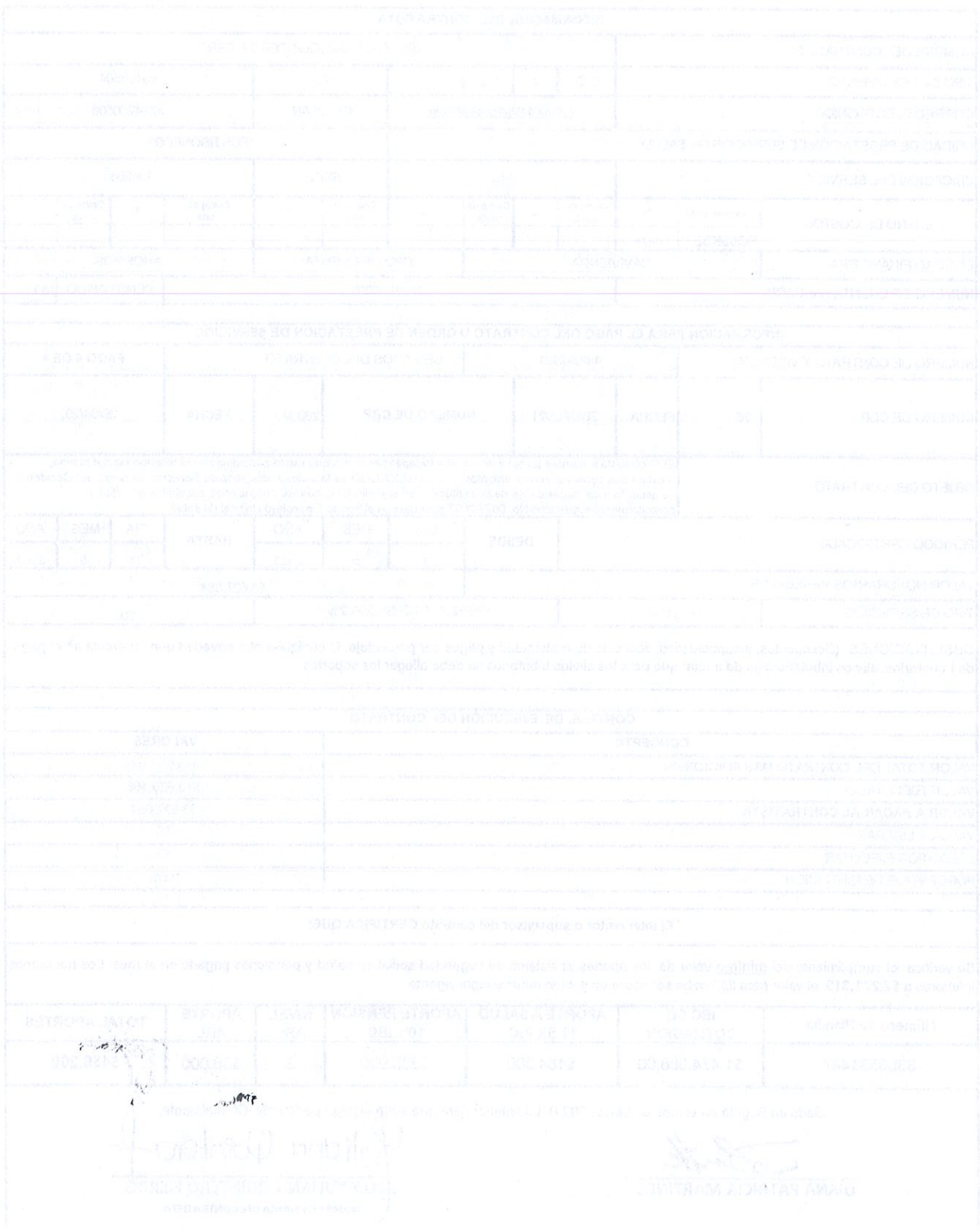
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8350531447	$1.474.088,00	$184.300	$235.900	3	$36.000	**$456.200**

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

DIANA PATRICIA MARTINEZ

Yuliana Quintero F

KELLY YULIANA QUINTERO FIERRO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	VSP			Sede: FONTIBÓN						
No. DE CONTRATO:	4922-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	5	2.021		31	5	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	KELLY YULIANA QUINTERO FIERRO		C. C.	53.103.504		DE	BOGOTÁ			

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 de 30 IEC al lider con los criterios de calidad solicitados	base drive
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 las respecrtivas investigaciones de campo que cumplan las caracteristicas de riesgo.	base drive
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	se realizaron activaciones de ruta de salud mental las cuales fueron remitidas al correo de reportes.	Correo electrónico del envió
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación
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 programa ninguna actividad relacionada con esta obligación
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 verifica la concordancia de 30 IEC de salud mental, fisica y magnetico, cumpliendo los criterios exigidos (oportunidad, veracidad, completitud).	soportes de envio de correo electronico y base drive
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.	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ningún producto relacionada con esta actividad
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	Reunión salud mental y conversatorio el dia 05/05/21.	Captura imagen de la reunion y firma digital.
10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	SI	Segun solicitud por el lider se da respuesta oportuna, con calidad y veracidad.	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 ninguna actividad relacionada con esta obligación
.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 ejecucion de los lineamientos y anexos tecnicos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institucion	se realizan las actividades acordes al perfil contratado
14, Responder a las disponibilidades y la activacion de urgencias y emergencias en salud publica en forma integral y oportuna segun programación	SI	Se realiza la dsponibilidad frente alerta amarilla por covid-19.	asistencia a las 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 del archivo con la calidad y noma requerida de manera mensual.	Soportes en fisico y magnetico de la relacion
16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual.	SI	Se realiza entrega de 30 IEC de salud mental en magnetico las cuales son enviadas por correo electronico y a la base de drive.	registros de correos electronicos entregadas al referente de salud mental.
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 participacion de la actividades programadas por la Sub Red y la Secretaraia Distrital de salud	asistencia a las actividades programadas
18.Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, 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.	SI	Se realiza llamada telefonica a iec donde se brinda orientacion sobre rutas de atencion integral, paginas Distritales, direccionamiento a entidades de salud en caso de eventos de riesgo, se refuerza psicoeducacion en tecnicas de autocuidado y protocolos establecidos a nivel Distrital.	Se realiza via magnetica formato de actividades realizadas semanalmente

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL Yuliana Quintero

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.

Señor(es): kelly yuliana quintero fierro
Nit: CC 53103504
Dirección: carrera 78 No. 42- 40 sur
Teléfono: 2643521 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	kelly yuliana quintero fierro
Tipo y número de identificación	53103504
Número de radicación planilla	8350531447
Fecha de pago	5/10/2021
Número de autorización de pago	39026594
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Abril 2021
Periodo cotización pensión	Abril 2021
Periodo cotización caja	Abril 2021
Número de administradoras	3
Total Pagado	$456.200
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	$36.000	1
230301	Porvenir	$235.900	1
EPS002	Salud Total EPS	$184.300	1

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

KELLY YULIANA QUINTERO FIERRO

CC 53103504 DE BOGOTÁ

La suma de $ 3.627,684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE por concepto de servicios como Profesional en Psicología–Profesional Universitario 2, durante el periodo de 01 al 31 de mayo 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4922/2021.

Yuliana Quintero A.

KELLY YULIANA QUINTERO FIERRO

CC 53103504 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NUMERO 7500777797