5

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. SALUD
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Andrea Fuentes Aguirre											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,030,544,152						
CORREO ELECTRONICO:	aguirreandrea085@gmail.com				CELULAR:	3043769026						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					Fontibon							
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	%
	F009K29	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Bancolombia				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62434436244								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3072-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	610	FECHA	26/04/2021	NÚMERO DE CRP	26893	FECHA	30/04/2021
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- Psicologa Especialista						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	5	2021		31	5	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	4,743,767								
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:	$18.899.958
VALOR EJECUTADO	$18.899.958
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$4.743.767**
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9419872320	$1.927.550	241.000	$308.500	3	$47.000	**$596.500**

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

Cordialmente,

JUDY MARCELA LOPEZ GUERRERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANDREA FUENTES AGUIRRE
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:	PIC					**Sede: Fontibon**					
No. DE CONTRATO:	3072-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	5	2.021		31	5	2.021		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Andrea Fuentes Aguirre		**C. C.**		1.030.544.152		**DE**	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion 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 ESE 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines del perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad oportuna y pertinencia según parámetros descritos del **componente espacio y/o proyectos especiales acciones de inspección** vigilancia y control, redes, mesas consejos, portafolios de servicios de la institución cuando sea requerido y asignados, en el contrato vigente entre la **red sur occidente y la secretaria distrital de salud**	SI	**Realizar 83 Sesiones de seguiemitnos a eventos prioritarios en salud mental y 2 sesiones de docentes**	**Formato gestion de riesgo para eventos prioritarios en salud mental**
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-**subred sur occidente**	SI	Realizar 83 Sesiones de seguiemitnos a eventos **prioritarios en salud mental y 2 sesiones de docentes**	Formato gestion de riesgo para eventos **prioritarios en salud mental**
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades **según defina el lineamiento.**	NO	**Periodo certificado desde el**	**Ninguno**
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, **comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del** espacio asignado.	NO	**No aplica para el mes**	**Ninguno**
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articularel PIC y POS.	NO	No aplica para el mes	Ninguno
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	NO	Se realiza alistamiento de soportes y entrega de los mismos previos a proceso de auditoria	Actas
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	Si, según demanada	via correo electronico
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	De acuerdo a lo que se presente	Ninguno
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	NO	No aplica para el mes	Actas seguimiento
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se entregan los soportes de actividades del mes	Formato gestion de riesgo para eventos prioritarios en salud mental
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	NO	No aplica para el mes	Ninguno
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, **inconsistencia en soportes, entre otras).**	SI	De presentarse glosas se respondera	Ninguno
Se realiza canalización a los casos identificados prioritarios y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo **relacionado con acciones instituciones distintas al sector salud**	SI	Según lo establecido por el lineamiento se dará por **notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos ya sea para SIVIM, SISVAN, SISVECOS,** SIVIGILA, Canalizaciones de la subred suroccidente.	**Se realizan notificaciones de acuerdo a la identificacion de necesidad**
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión	SI	**Facilitar procesos de veeduria ciudadana y participacion** social , con el fin de fortalecer la gestion.	**En caso de presentarse se realizara** veeduría.
velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos, o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato	SI	**Se vela por los recursos otorgados por la unidad de** servicios de salud.	Ninguno
Pagar sus aportes a sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los 15 primeros días calendario de cada mes	SI	Se paga mensualmente los aportes	**Soporte de pago por medio de la planilla** de pago del mes correspondiente.
Dar cumplimiento a las guias de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	SI	**Se da cumplimiento a las lineamientos según lo establecido** desde la secretaria distrital de salud realizando la ***respectiva lectura de lineamientos de espacio educación***	Ninguno
Aplicar las políticas de calidad de la institución y participar activamente en los procesos de acreditación y sistema integrado de gestión.	SI	Se aplican las políticas de calidad de la institución . Conversatorio con temas relacionados por la subred **suroccidente según el cronograma establecido por la** institución	se da cumplimiento con el diligenciamiento de los pre -test y pos-test **correspondientes**
Realizar actividades de contencion y/o mitigacion por la pandemia COVID 19 **en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos** telefonicos, tecnologicos, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de protocolos, guias y lineamientos **emanados por el nivel distrital para la identificacion y atencion de casos** nuevos y busqueda de contactos	SI	No aplica para el mes	Ninguno

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 4,743,767 CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTAY TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/C

ANDREA FUENTES AGUIRRE CC 1030544152 DE BOGOTÁ

supervisor:

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030544152		FUENTES AGUIRRE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 78 I # 58 74 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	993518852	9419872320	I	2021/05/13	2021/05/18	BANCOLOMBIA	5	$635,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1030544152	FUENTES ANDREA									X									230201	30	$1,927,550	$308,500	EPS008	30	$1,927,550	$241,000	CCF24	30	$1,927,550	$38,600	14-11	30	$1,927,550	$47,000	30	$0	$0	No	$635,100
Total	**Afiliados(1)**																						$1,927,550	$308,500			$1,927,550	$241,000			$1,927,550	$38,600			$1,927,550	$47,000		$0	$0		$635,100

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030544152		FUENTES AGUIRRE ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cr 78 I # 58 74 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-04	2021-04	993518852	9419872320	I	2021/05/13	2021/05/18	BANCOLOMBIA	5	$635,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$308,500	$0	$0	$308,500
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$308,500	$0	$0	$308,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$47,000	$0	$0	$47,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$47,000	$0	$0	$47,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$38,600	$0	$0	$38,600
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$38,600	$0	$0	$38,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$241,000	$0	$0	$241,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$241,000	$0	$0	$241,000
TOTAL				1	$635,100	$0	$0	$635,100

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANDREA FUENTES AGUIIRE

C.C 1.030.544.152 DE BOGOTA

La suma de 4,743,767 CUATRO MILLONES SETECIENTOS CUARENTAY TRES MIL SETECIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/C, por concepto de servicios especialista de servicios Profesional en Psicología Especializado Especialista 4 durante el periodo de 01 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3072-2021



ANDREA FUENTES AGUIRRE

CC 1.030.544.152 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62434436244