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:	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.030.638.069							
CORREO ELECTRONICO:	mgonzalezarteaga8@gmail.com				CELULAR:	3508747853							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBONFO09.												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%											
	FO09K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4742022777								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3970-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	468	03/29/2021		NÚMERO DE CRP	21670	FECHA	03/31/2021			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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 ODONTÓLOGO 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	4	2021		30	4	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684									
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:	$10.825.517
VALOR EJECUTADO	$10.825.518
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.685.219
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCION	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
49932431	$1.428.102	$178.600	$228.500	3	$34.800	**$441.900**

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

Sandra Milena Mancera Gonzalez

SANDRA MILENA MANCERA GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Maria Fernanda Gonzalez A.

MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	7
		Fecha de aprobación	3/6/2017
		Código	04-02-PO-0005

Ubicación del Servicio:	VSP		Sede FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3970-2021	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	4	2 021		30	4	2 021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA		C. C.	1.030.638.089		DE	BOGOTA		

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 ODONTOLOGO 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 envio diario de actividades realizadas de seguimie	Envio diario de Bases de datos en Archivo Rar
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	No se programa esta actividad este mes	No se programa esta actividad este mes
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar r	SI	Se realiza envio diario de actividades realizadas de seguimiento telefonico para COVID 19 1.800 programadas durante el mes. seguimiento de IEC telefonica para eventos prioritarios por atencion en crisis y atención psicoterapeutica 40 programadas para el mes.	Envio diario de Bases de datos en Archivo Rar
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acci	NO	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obli	No se programa ninguna actividad relacionada con esta
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/magnetico de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS	SI	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación
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	No se programa ninguna actividad relacionada con esta obligación	Acta de concordancia y listado de asistencia y correo electronico
10. Participar en pre auditoria de soportes físicos, seguimiento telefonico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda	SI	Se realiza envio diario de actividades realizadas de seguimie	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 envia base de datos drive al lider de salud mental y comunitario oportunamente.	Base de intervenciones enviada por correo electronico
12. Realizar la Busqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad segun lineamiento de SDS	SI	No se realiza esta actividad este mes	Envio datos por correo electronico.
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 tecnicas 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	Trabajo en Casa con disponibilidad completa	Envio de formato de trabajo en casa
15. Realizar la gestion 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 magnetico con la calidad y noma requerida.	Correo electronico
16. Entregar al referente backup de información en magnetico de manera mensual	SI	Se Realizan las acciones oportunas para la entrega del archivo magnetico con la calidad y noma requerida.	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 Realizan las acciones oportunas para la entrega del archivo magnetico con la calidad y noma requerida.	Correo electronico
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 telefonicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos	SI	Se realiza seguimiento telefonico a usuarios reportados, se ofrece 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 envia en magnetico formato de actividades y tablero de relacion de casos en seguimiento COVID-19 realizadas diariamente

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Numero y letras): $3,686,219 TRES MILLONES SEISCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL DOCIENTOS DIECINUEVE

María Fernanda Gonzalez Arteaga 1030638089

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA María Fernanda Gonzalez A.

Fecha suministrada Firma de recibido supervisor Saudiaff

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

De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania

El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.

Escaneado con CamScanner

Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE Nº 04/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA

CC 1.030.638.069 de BOGOTA

La suma de $3.685.219 por concepto de servicios como Profesional en Odontología universitario 2 durante el periodo del 01 de ABRIL al 30 de ABRIL de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios Nº 3970/2021

Maria F Gonzalez A.

MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA

CC 1.030.638.069 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS COLPATRIA

NUMERO 4742022777

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030638069	MARIA FERNANDA GONZALEZ ARTEAGA	Cra 75 # 6B 90	4113343	gimenagonzalez2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-03	2021-03	I		49932431	TOTAL A PAGAR	
					$441.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	228.500	0	0	0	0	0	0		228.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.800				34.800	0	0	34.800			348	34.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.600	178.600
Pensión	1	228.500	228.500
Riesgos Laborales	1	34.800	34.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	441.900	441.900

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

Escaneado con CamScanner