178487

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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENIFFER PAOLA LÓPEZ FANDIÑO					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.072.422.263
CORREO ELECTRONICO:	mupsicoterapeuta@gmail.com				CELULAR:	3016850462
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09K27					
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	%
	F O09 K27	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS		
DE CUENTA BANCARIA	570007770288376			PENSIONADO	NO

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

CONTRATO Y VIGENCIA:	5981-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 2		
NÚMERO DE CDP	721	FECHA	20/05/2021	NÚMERO DE CRP	29510	FECHA	24/05/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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. PSICÓLOGA							

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		24	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:	$4.474.144
VALOR EJECUTADO	$846.460
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$846.460
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

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO
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 FO09 - K27			Sede: FONTIBÓN							
No. DE CONTRATO:	5981-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			24	5	2.021		31	5	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDINO		**C. C.**		1.072.422.263	**DE**	LA MESA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Plan de trabajo Estrategias Diferenciales. Realice revisión y apropiación conceptual del documento Estrategia de atencion psicosocial a NNA victimas del conflicto armado y aporté en la construccion de instrumentos a emplear, ambos productos requeridos para este periodo. Asisti a reuniones convocadas como parte del proceso de inducción al programa PAPSIVI y las convocadas por el equipo de trabajo.	formatos de actas, avances en el documento listados de asistencia
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Plan de trabajo Estrategias Diferenciales. Realice revisión y apropiación conceptual del documento Estrategia de atencion psicosocial a NNA victimas del conflicto armado y aporté en la construccion de instrumentos a emplear, ambos productos requeridos para este periodo. Asisti a reuniones convocadas como parte del proceso de inducción al programa PAPSIVI y las convocadas por el equipo de trabajo.	formatos de actas, formatos de caracterización individual,familiar y comunitario de la estrategia, listados de asistencia.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
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 certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisión de formatos con el equipo interdisciplinar	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega mensual de formatos de seguimiento a la líder del equipo	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se participa en proceso de inducción convocado por la subred, así como en capacitación de seguridad y salud en el trabajo y atención al paciente.	Actas de reunión, formularios de evaluación y asistencia virtuales.
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	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	* Documento propuesta estructura y contenidos temáticos, y caja de herramientas con sus ajustes remitida por correo electrónico. * Acta de reuniones de seguimiento remoto y/o presencial. * Acta y/o relatoria de cada jornada. PAP 010, PAP 012 y PAP 020 * Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. * Estructura de matriz definida por la SDS. Acta de reunión remoto y/o presencial .
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insumos	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insumos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $846.460 OCHOCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDINO CC 1072422263

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.

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO identificado(a) con cedula ciudadania 1.072.422.263, se encuentra Afiliado en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20210524	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 31 días del mes de Mayo de 2.021

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
16085143

CER-AFI

VIGILADO Supersalud
VIGILADO SuperSubsidio

Colpensiones
Ven por tu futuro ya

El futuro es de todos
Gobierno de Colombia

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1072422263,** se encuentra afiliado/a desde **23/05/2012** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 31 de mayo de 2021.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Niño Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

ARL | sura

Medellín, 31 de mayo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1072422263 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 25/05/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436% **CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3 **CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES **ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:** 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA
ACTIVIDAD ECONÓMICA: 3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL **CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101 **CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C10724222632115179418

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 31/05/2021 10.03 PM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14756824486

(415)7707212489984(8020) 000001475682448 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 2 4 2 2 2 6 3	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 2 4 2 2 2 6 3	2 0 0 6 0 1 1 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	La Mesa 3 8 6

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	FANDIÑO	JENIFFER	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 25 B 69 B 71

42. Correo electrónico: jplopezf@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 1 6 8 5 0 4 6 2	3 9 1 0 4 3 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 9	2 0 1 1 0 7 0 1	8 6 9 2	2 0 1 1 0 8 0 1		8 8 1 0		3 3 1 1	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

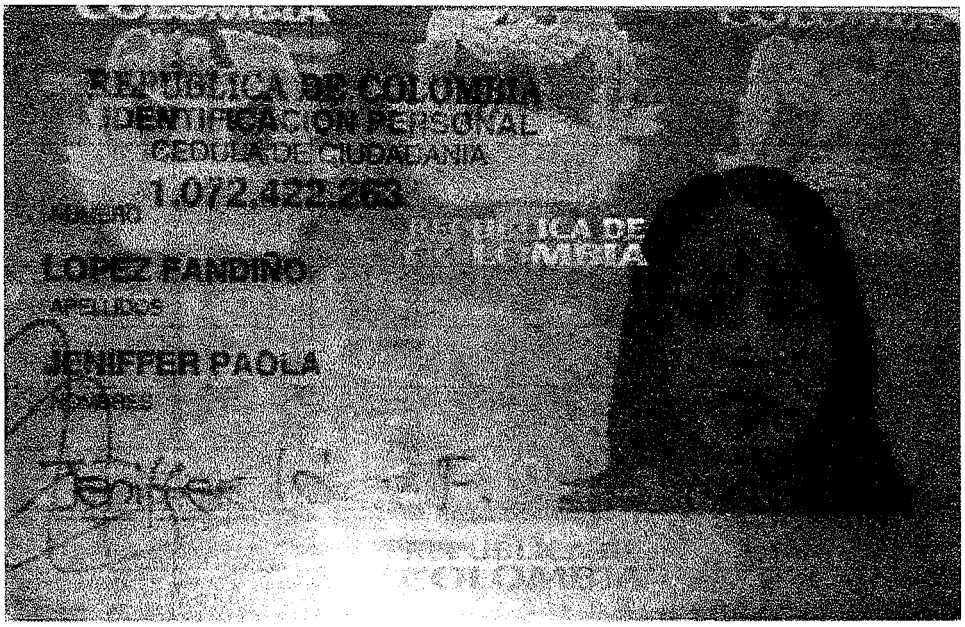
59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 05 - 11 / 11 : 02: 31

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre LOPEZ FANDIÑO JENIFFER PAOLA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
1.072.422.263
LOPEZ PANDIÑO
APELLIDOS
JENIFFER PAOLA
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 06-ENE-1988
LA MESA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
17-ENE-2006 LA MESA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
P-1514200-39146463-F-1072422263-20060321 03074 06080A 02 207115845

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 5/ 2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JENIFFER PAOLA LÓPEZ FANDIÑO

C.C 1072422263 La Mesa (Cund)

La suma de $846.460 (Ochocientos cuarenta y seis mil cuatrocientos sesenta pesos m/cte), por concepto de: Prestar servicios como Psicóloga- **profesional universitario-2,** durante el periodo de 24 al 31 de MAYO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5981- 2021

JENIFFER PAOLA LÓPEZ FANDIÑO

CC 1072422263 DE LA MESA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 570007770288376