180652

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
		Fecha de aprobación	9/11/2016
		Código:	15-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		**NO.**	1072422263							
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	%	
	FO09K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570007770288376								**PENSIONADO**	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5981- 2021			**Nº DE PAGOS DEL CONTRATO**		**PAGO 2 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 al PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional						

PERIODO CERTIFICADO: JUNIO	**DESDE**	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**HASTA**	**DIA**	**MES**	**AÑO**
		1	06	2021		30	06	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	3627684							
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:	$ 4474144
VALOR EJECUTADO	$ 4474144
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 3627684
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
51244954	1451074	42000	54200	3	8300	104900

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO de año Dos Mil Veintiuno (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 CONTRATISTA

Ok
21-06

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: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	5981-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	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 aportes al documento Estrategia de atencion psicosocial a NNA victimas del conflicto armado y aporté en la construccion y revisión de instrumentos a emplear, ambos productos requeridos para este periodo. Asisti a reuniones convocadas como parte del desarrollo de las estrategias dentro del 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 la SDS/ESE.	SI	Plan de trabajo Estrategias Diferenciales. Realice aportes al documento Estrategia de atencion psicosocial a NNA victimas del conflicto armado y aporté en la construccion y revisión de instrumentos a emplear, ambos productos requeridos para este periodo. Asisti a reuniones convocadas como parte del desarrollo de las estrategias dentro del programa PAPSIVI y las convocadas por el equipo de trabajo.	formatos de actas, formatos de caracterización individual.familiar y comunitario de la estrategia, formatos de identificación de afectaciones, listados de asistencia.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	Acompañar proceso de caracterización de niños, niñas y adolescentes, familias y reuniones con IEDs y fundaciones con el fin de identificar grupos y espacios para el desarrollo del proceso de atención.	Formatos de caracterización individual y familiar, formatos de identificación de afectaciones, listados de asistencia, actas de reunión.
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.	SI	Se realiza proceso de información durante el desarrollo de las caracterizaciones. Se orienta a las familias de niños, niñas y adolescentes frente a la garantía del derecho en salud.	Formatos de caracterización individual y familiar, formatos de identificación de afectaciones.
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. * Formatos de caracterización e identificación de afectaciones.
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; retroalimentación de los contenidos de los formatos posterior a la implementación de los mismos durante el proceso de caracterización e identificación de afectaciones.	* 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. * Formatos de caracterización e identificación de afectaciones.
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. * Formatos de caracterización e identificación de afectaciones.
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se participa en proceso de capacitación en atención al paciente, así como en la reunión de seguimiento interestrategias convocada por SDS.	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 le 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: $3.627.694 Tres millones seiscientos veintisiete mil seiscientos ochenta y cuatro pesos m/cte

JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDINO C.C. 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 | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1072422263	JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO	CLL 25B # 69B 71	3016850462	JPLOPEZF@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	10/06/2021	51244954	$104.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	42.400	0		0		0	0	0	0	42.400	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	54.200	0	0	0	0	0	0		54.200	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	8.300				8.300	0	0	8.300			83	8.300	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	42.400	42.400
Pensión	1	54.200	54.200
Riesgos Laborales	1	8.300	8.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	104.900	104.900

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

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	1072422263	JENIFFER PAOLA LOPEZ FANDIÑO		CLL 25B # 69B 71	3016850462	JPLOPEZF@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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	I	10/06/2021	51244954	$104.900	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Ecuenerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1072422263	LOPEZ FANDIÑO JENIFFER PAOLA	59	0			N	X																25-14	338.584	54.200	0	0	0	0	EPS008	338.584	42.400	14-11	338.584	3	8.300		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6/ 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 $ 3.627.684 (Tres millones seiscientos veintisiete mil seiscientos ochenta y cuatro pesos m/cte), por concepto de: Prestar servicios como Psicóloga-**profesional universitario-2**, durante el periodo de 1 al 30 de JUNIO 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