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:	ANA LEONOR VELANDIA MARTINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52520005						
CORREO ELECTRONICO:	leonorvelandia71@gmail.com				CELULAR:	3004293804						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F01 CAMI I											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	22914800025								PENSIONADO	NO		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0391-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 4 DE 4	
NUMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP		19890	FECHA	30/04/2018
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 PSICOLOGA 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	2018		30	5	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655							
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:	$12.282.620
VALOR EJECUTADO	$12.282.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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 **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $1.953.105, 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
1012321724	$1.228.262,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos mil diesciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ANA LEONOR VELANDIA MARTINEZ
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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VSP									Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	0391-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	5	2.018		30	5	2.018			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANA LEONOR VELANDIA MARTINEZ		C. C.		52.520.005		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 PSICOLOGA 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 entrega semanal de productos Sivim al referente. Los días 7, 15, 21 Y 30 de Mayo para un total de 42 casos del mes de Mayo. Correspondientes a la localidad de Kennedy. 5	Casos efectivos entregados al referente SIVIM para revisión por calidad.
, 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 realizaron 42 casos Sivim abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes a la localidad de Kennedy, lo cuales se entregan los días 7, 15, 21 Y 30 del mes de Mayo, revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo.	Soportes en físico de 42 IEC de la localidad de Kennedy
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	Envió por correo electrónico el día 31 del mes de Mayo de 9 casos a ICBF. Envió por correo electrónico de 6 canalizaciones a espacio vivienda el 31 del mes de Mayo.	Coreo electrónico del envió
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	SI	Se realiza entrega de meta mensual asignada que aporta al plan de acción.	Soportes en físico
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 ningún producto relacionada con esta actividad
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 realiza la concordancia de casos Sivim del mes de Mayo el 31/05/2018, se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1. Se realiza correccion de hallazgos de los casos abordados del mes de mes de Mayo el 31/05/2018	Acta de concordancia y listado de asistencia
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 esta actividad este mes	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 esta actividad este mes	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	SI	Reunión de equipo Salud Mental en Cami 1 el día 02/05/2018 y el día 15/05/2018.	Acta de reunión y listado de asistencia
10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Se hace entrega para pre auditoria semanal de los soportes de las IEC SIVIM correspondientes al mes de Mayo en Cami 1.	Lista de chequeo
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	SI	se realiza IEC correspondientes a 4 UPGD lineas 106 y 5 alertas	Formato de caso efectivo o fallido dependiendo el seguimiento
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	NO	No se realizan búsqueda activas Sivim del mes de Mayo	No se programa ningún producto relacionada con esta actividad

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

Ana Leonor Velandia M

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 52520005

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.

PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-05-04, 02:46:00 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1012321724

Periodo Cotización: mayo de 2018 **Periodo Servicio:** mayo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8887026690

PAGADO 04/05/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANA LEONOR VELANDIA MARTINEZ		
Documento	CC52520005	**Dirección**	CALLE 56F No.71F 30 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	7783032
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	VELANDIA MARTINEZ ANA LEONOR	**Identificación**	CC 52520005
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52520005	ANA LEONOR VELANDIA MARTINEZ	59	00																		0	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.228.262	$ 196.600	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.228.262	$ 153.600	2.436	$ 1.228.262	$ 30.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.200

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 1.228.262	$ 1.228.262	$ 1.228.262	$ 0	$ 196.600	$ 153.600	$ 30.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 380.200	$ 500	$ 380.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.