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	09/11/2016	
		Código.	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MILENA GONZALEZ SANCHEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032429907						
CORREO ELECTRONICO:	psicodianalogia@gmail.com				CELULAR:	3114874221						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON F01											
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	%
	K32	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24057806851								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2111-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 1			
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 Profesional en Psicología 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		
		8	8	2018		31	8	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:	$11.463.355
VALOR EJECUTADO	$8.392.665
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.251.333
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.690
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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 $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
29227586	$1.228.262,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.000**

Dado en Bogotá en el mes de agosto del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DIANA GONZALEZ
DIANA MILENA GONZALEZ SANCHEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC. 1.032.429.907

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN SERVICIOS	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	2
			03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	VSP			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2111-2018	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				8	8	2.018		31	8	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MILENA GONZALEZ SANCHEZ		C. C.	1.032.429.907			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ 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 dias 27 Y 31 DE agosto un total de 26 casos Correspondientes a las localidades de Bosa y Kennedy.	Lista de chequeo con casos
. 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 26 casos Sivim abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes a la localidad de Bosa, lo cuales se entregan los dias 27 y 31 del mes de Febrero, revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo.	Soportes en fisico de 26 IEC de la localidad de Bosa Y Kennedy
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad
5. Apoyar en las asesorias y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad
6. Verificar concordancia fisico/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 Agosto, y se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1.	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 realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza 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 realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza 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.	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad
10. Participar en pre auditoria de soportes fisicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad
12. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	NO	No se realiza ninguna actividad relacionada con esta obligación	No se realiza ningún producto relacionada con esta actividad

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.251.333 DOS MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRECIENTO TREINTA Y TRES PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIANA GONZALEZ

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.

CC. 1032.429.907

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION U C S D	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	1032429907-	DIANA MILENA GONZALEZ SANCHEZ	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
8	2018	8	2018	29227586	PUBLICA ☐ PRIVADA ☐ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CALLE 12 C NO 71 C 31 T1 APTO 803	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	4243815		psicodianalogia@hotmail.com	7490	0	1	2018/08/02	357563109

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS002	800130907-4	153.500	0		0		0	153.500	0	0	0	153.500	0		0	0	153.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	196.500	0	0	0	0	0	0	196.500	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	30.000		0	0	30.000

DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	30.000	0	0	300	30.000

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	196.500	196.500
SALUD	153.500	153.500
RIESGOS LABORALES	30.000	30.000
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	380.000	380.000

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