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:	LINA MARIA CALLEJAS PEÑALOZA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53000401							
CORREO ELECTRONICO:	lina.callejas@gmail.com				CELULAR:	3103282858							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON ZONA FRANCA FO09								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K31	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	452900059117								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5126-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11	DE	11	
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2020		31	1	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$35.478.345
VALOR EJECUTADO	$35.478.345
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
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 **$2'070.290**, 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
39072884	$1.301.958	$162.745	$208.313	3	$31.716	**$402.774**

Dado en Bogotá al mes de ENERO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

LINA MARIA CALLEJAS PEÑALOZA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

127

Folio 3

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-0803	

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL								**Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09**		
No. DE CONTRATO:	5126-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	1	2.020		31	1	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA MARIA CALLEJAS PEÑALOZA		**C.C.**		53.000.401		**DE**	Bogotá			

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 X **NO** ____ **Servicios: SI** ___ **NO** ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la revisión de encuestas de calidad de sueño y somnolencia (población general y adolescente) en las diferentes Unidades Prestadoras de Servicios de Salud que las apliquen	SI	Se realiza revisión y calificación de los test de calidad de sueño y somnolencia diurna a nivel distrital en las subredes Norte, Sur, Centro Oriente y Sur Occidente. Se realiza la revisión técnica del producto entregado y se aprueba para calificación.	10 actes de seguimiento distrital en las diferentes Subredes.
Realizar control de calidad de encuestas realizadas por las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud de calidad de sueño y somnolencia con su correspondiente aprobación.	SI	Se realiza control de calidad de las encuestas de calidad de sueño y somnolencia de las diferntes Subredes	10 actas de control de calidad y se deja sello de aprobación en las encuestas que reposan en las diferentes Unidades Prestadoras de Servicios de Salud.
Acompañamiento en campo a las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud de forma aleatoria en la aplicación de encuestas de calidad de sueño y somnolencia.	SI	Se realiza seguimiento el día 20-01-2020 a la subred Sur Occidente.	Acta de seguimiento
Capacitación y asistencia técnica las Unidades Prestadoras de Servicios de Salud en temas relacionados con información neuropsicológica.	SI	Se realiza re inducción para la subred Sur Occidente y se hizo inducción para el persona que ingreso nuevo a las diferentes subredes.	Acta de reunión.
Análisis de información neuropsicológica a nivel Local y Distrital.	SI	Se alimentan los indicadores de prevalencias a nivel distrital y del Observatorio de Salud Ambiental.	Drive de información Distrital.
Apoyar el diseño de metodologías de evaluación de efectos neuropsicológicos por exposición a contaminantes de aire (criterio y no criterio).	NO	No se programaron actividades en este ítem para este mes.	No se entrega
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados.	SI	Se asiste a las siguientes reuniones: reunión de línea interna el 10-01-2020 y reunión bases de datos el 16-01-2020.	Actas y listados de asistencia.
Conocer y aplicar las políticas de calidad de la entidad.	SI	Se conocen y aplican las políticas de calidad	NA
Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades generadas en el desarrollo del presente contrato.	SI	Si se responde sin embargo a la fecha no se han presentado glosas.	NA
Pagar aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los 15 primeros días calendario de cada mes	SI	Se realiza el pago oportuno al sistema general de seguridad social integral en el plazo debido y con el monto adecuado	Planilla de Pago
Otras actividades	NO	No se programaron actividades en este ítem para este mes.	NA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO PESOS M/CTE (3'254.894)

LINA MARIA CALLEJAS PEÑALOZA 53.000.401

Fecha : 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

Identificación	53000401	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	8072558
Razón Social	lina maria callejas peñaloza	Dirección	calle 136 # 20-05	Fecha Pago	02/12/2019
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Diciembre-19
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	38072884	Periodo Pensión	Diciembre-19
Total a Pagar	$403,800	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Dias en Mora	0				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	$1,305,000	$208,800	$0	$0	$0	$0	$0		$208,800
Totales				$1,305,000	$208,800	$0	$0	$0	$0	$0		$208,800

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS002	Salud Total EPS	800130907	1	$1,305,000	$163,200	$0	$0		$0		$0		163200	$163,200
Totales				$1,305,000	$163,200	$0	$0		$0		$0		$163,200	$163,200

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-11	ARL SURA	890903790	1	$1,305,000	$31,800	$0				31800	$31,800

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SI 859-1