

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			LEIDY ROCIO LEON GAMBOA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1016063507
CORREO ELECTRONICO:			leidyrlg@gmail.com			CELULAR:		3143862026
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			EQUIPO ATENCION EN CASA KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	SU44K33-5	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			22365574468				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5088			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	378	FECHA	2024-01-26 14:41:46.000	NÚMERO DE CRP	12405	FECHA	2024-01-31 13:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN PSICOLOGIA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2024-01-01			2024-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,613,064				
TIPO DE SERVICIOS		Asistencial		RESERVA DE GLOSA 0%			N/A	
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:					\$43,773,966			
VALOR EJECUTADO					\$40,966,014			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,613,064			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$2,807,952			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					94%			
El intervisor 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 \$2.194,507 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		
73549649	\$2,146,078	\$268,260	\$343,372	3	\$52,278	\$663,911		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA 52779671 Supervisor								
Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.								
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, tecnico y/o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	Entregar los productos acorde al perfil de psicología de salud a mi barrio y salud a mi vereda	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS
Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la población identificada, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas.	Presentar los productos que se necesite para auditoría por parte de secretaría	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente.	Elaborar con el cronograma con el líder de localidad para revisar y entrega de productos	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS
Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias o extraordinarias programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred.	Asistir a las diferentes reuniones generadas por la SDS frente los diferentes temas a tratar con la población caracterizada	Acta de asistencia a reuniones
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Entregar los productos acorde al perfil de psicología de salud a mi barrio y salud a mi vereda	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control. 8. Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.	Presentar los productos que se necesite para auditoría por parte de secretaría	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS
Informar oportunamente cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos, responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio.	Informar al líder a cargo sobre diferentes inconvenientes que puede presentar en la ejecución del contrato	Acta o informe vía magnética al gestor de los inconvenientes presentados
Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones.	Siempre portar bien la chaqueta y uniforme de la institución	Chaqueta en buen estado y carnet en buen estado
Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato.	Realizar la entrega de pruebas complementarias e informes de visitas realizadas como lo expone los lineamientos del modelo de salud territorial	Historia clínica, pruebas complementarias
Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas.	Atender las diferentes problemáticas que se puede presentar con la familias caracterizadas y generar la respectiva psico orientación con relaciona a ellas	Historia clínica, pruebas complementarias , canalización a sirc
Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial.	Mantener el equipo en buen estado y darle un buen uso	Equipo en buen estado
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Seguir y cumplir a cabalidad los lineamientos planteados en la estrategia de equipo de atención en casa	Historia clínica, pruebas complementarias , canalización a sirc
las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Activar las rutas canalización de los casos que necesite como sus respectivas fichas según lo especifica la SDS	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS
Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.	Entregar los productos acorde al perfil de psicología de salud a mi barrio y salud a mi vereda	Historia clínica, canalización sirc , ficha SIVIM SISVECOS

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A: LEIDY ROCIO LEON GAMBOA

CC. 1.016.063.507

DE BOGOTA

La suma 4,613,064 CUATRO MILLONES SEICIENTOS TRECE MIL CERO SESENTA Y CUATRO MIL PESOS, por concepto de: prestación de servicios como PROFESIONAL EN PSICOLOGIA, en la dirección de GESTION DEL RIESGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente durante el periodo del 1 al 31 de ENERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5088-2023.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leidy Rocio Leon Gamboa', is written over a faint circular stamp or watermark.

LEIDY ROCIO LEON GAMBOA

CC. 1.016.063.507 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 223-655744-68

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016063507	LEIDY ROCIO LEON GAMBOA		KR 120 # 17-85	4156488	LEIDYRLG@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2023-12	2023-12	I	28/12/2023	73549649	TOTAL A PAGAR \$676.900

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	268.300	0		0		0	0	0	0	268.300	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	343.400	0	0	0	0	0	0		343.400	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	52.300				52.300	0	0	52.300			523	52.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.900	0	0	12.900	1

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	268.300	268.300
Pensión	1	343.400	343.400
Riesgos Laborales	1	52.300	52.300
CCF	1	12.900	12.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	676.900	676.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016063507	LEIDY ROCIO LEON GAMBOA		KR 120 # 17-85	4156488	LEIDYRLG@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						SI

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2023-12	2023-12	I	28/12/2023	73549649	\$676.900

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	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							
1	CC	1016063507	LEON GAMBOA LEIDY ROCIO					57	0			N																230201	2.146.077	343.400	0	0	0	0	EPS008	2.146.077	268.300	14-11	2.146.077	3	52.300	CCF24	2.146.077	12.900	0	0	0	0	0

PAGADA