Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MILENA VEGA RINCON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	37840630						
CORREO ELECTRONICO:	miveri56@gmail.com				CELULAR:	3176365396						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**CAPS ZONA FRANCA (FO08)**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PROCESO GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA) FO08				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	A17	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870396050								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3176-2019**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**5**			
NÚMERO DE CDP	165 664	FECHA	17/01/2019 21/05/2019	**NÚMERO DE CRP**	**14810 25882**	**FECHA**	**31/01/2019 31/05/2019**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestioncomo PSIQUIATRA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2019		30	6	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3,688,524									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		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:	$18,442,620
VALOR EJECUTADO	$18,442,620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,688,524
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8493167948	$2,475,000.00	$309,400	$396,000	3	$ 60,300	**$765,700**

Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MILENA VEGA RINCON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

MES	ESPECIALIDAD	LASIFICACIO	UNIDAD	SEDE	NOMBRE DEL PROFESIONAL	TIPO DE VINCULACION	CONSULTORIOS (CAPACIDAD INSTALADA)	CONSULTORIOS (UTILIZADOS EN EL MES)	NÚMERO DE HORAS DE INFRAESTRUCTURA	HORAS CONTRATADAS MES	HORAS CONSULTA EXTERNA RESOLUTIVA	Horas Consulta P y P	HORAS LABORADAS	META POA	ESTANDAR RENDIMIENTO	META CON HORAS LABORADAS (Consultas programadas)	TOTAL CONSULTAS	% DE CUMPLIMIENTO META POA	% DE CUMPLIMIENTO META CON HORAS LABORADAS	PRODUCTIVIDAD	RENDIMIENTO	CONSULTA DE 1 A VEZ	CONSULTA CONTROL	VINCULADO	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO	OTROS	INASISTENCIAS	No. REPOSICIONES	EXTRAS
JUNIO	Psiquiatria primera vez	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Milena Vega	OPS				24,0	23,3	0	23,3	32	1,5	35	22	67,9%	62,9%	0,9	0,9	22			22			5		
JUNIO	Psiquiatria control	CAPS	Fontibón	51 Zona Franca	Milena Vega	OPS				30,0	29,3	0	29,3	54	2,0	59	50	92,6%	85,3%	1,7	1,7		50		50			7		

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 37840630		VEGA RINCON MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 3 No 10 A 02 CASA 17	CHIA-CUNDINAMARCA	8620250	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-05	2019-05	453777580	849316794B	I	2019/06/11	2019/06/05	BANCO DAVIVIENDA	0	$765,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,475,000	$396,000			$2,475,000	$309,400			$0	$0			$2,475,000	$60,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$2,475,000	$396,000			$2,475,000	$309,400			$0	$0			$2,475,000	$60,300		$0	$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$2,475,000	$396,000			$2,475,000	$309,400			$0	$0			$2,475,000	$60,300		$0	$0
1	CC	37840630	VEGA MILENA	25-14	30	$2,475,000	$396,000	EPS008	30	$2,475,000	$309,400		0	$0	$0	14-11	30	$2,475,000	$60,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)						$2,475,000	$396,000			$2,475,000	$309,400			$0	$0			$2,475,000	$60,300		$0	$0

2019/06/04 07:51 PM