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	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ AMANDA LEON NAVAS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	35407612						
CORREO ELECTRONICO:	lleon@hospitalfontibon.gov.co				CELULAR:	3103248834						
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 costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO08A18	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	455200132914								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3169-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9			
NÚMERO DE CDP	1284	FECHA	20/09/2019	NÚMERO DE CRP	44441	FECHA	30/09/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PSICOLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2019		31	10	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.762.658									
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:	$24.863.922
VALOR EJECUTADO	$24.863.922
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.762.658
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
1023667103	$1.105.063,20	$138.133	$176.810	$3	$26.919	**$341.862**

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año 2019. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUZ AMANDA LEON NAVAS
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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA			**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	3169-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.019		31	10	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUZ AMANDA LEON NAVAS		**C. C.**		35.407.612		**DE**	zipaquira	

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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __x__ NO ____ Servicios: SI __x_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la consulta programada de psicología de forma oportuna y con los criterios de calidad establecidos en la Institucion.	si	Se Realiza la consulta programada de psicologia de forma oportuna y con los criterios de calidad establecidos en la institución.	Atención de los pacientes agendados que cumplieron sus citas de valoración y entrega de referencia para autorización en su eps, rendimiento 1,6%
Realizar las actividades educativas de salud dirigidas a los usuarios y sus familias que han sido atendidos por consulta ambulatoria o atención intrahospitalaria.	si	Se Realiza las actividades educativas de salud dirigidas a los usuarios y sus familias que han sido atendidos por consulta ambulatoria o atención intrahospitalaria.	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes acerca de la importancia del dx y plan del tratamiento.
Realizar y ejecutar los paquetes de Sindrome del Niño y la Mujer Maltratada y apoyar la atención en crisis.	si	Se Realiza y ejecutar los paquetes de síndrome del Niño y la Mujer Maltratada y apoyar la atención en crisis.	Se Realizo los paquetes de síndrome del Niño y la Mujer Maltratada.
Brindar atención psicologica oportuna en los aspectos de evaluación, tratamiento y seguimiento a los pacientes hospitalizados o que consulten por el servicio de urgencias que requieran atención inmediata por haber presentado un evento que afecte su salud física y/o mental.	no		
Realizar la referencia y contrarreferencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	si	Se Realiza la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan.	Entrega de referencia a usuarios para autorizacion de su eps.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	si	Se Diligencia de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	Historia Clínica con completa , legible y oportuna.
Garantizar la información hacia el usuario y su familia sobre su estado de salud.	si	Se Garantiza la información hacia el usuario y su familia sobre su estado de salud.	Historia clinica donde se evidencia la educación a los pacientes y familia
Diligenciar los formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias.	si	Se Diligencia los formatos de notificación obligatoria, eventos adversos e Infecciones Intrahospitalarias.	Se realizo notificacion 5
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	si	Se Cumple con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución.	Adherencia a mannuales y procedimientos.
Participar en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutar las actividades según criterio de auto control	si	Participó en el proceso de acreditacion en salud del hospital. Ejecutó las actividades segun criterio de auto control	Asistencia a reuniones programadas de ULC y conversatorio , Reunion de psicologos de la subred . Adherencia a estandares de acreditacion como : identificacion redundante, educación al usuario, informacion si la consulta se encuentra atrasada, orientacion al usuario.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :$2.762.658

Luz Amanda León
CC 35 407612.

LUZ AMANDA LEON NAVAS CC 35407612

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

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 | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2019-10-10 09:04:01 PM Tipo Planilla I Número Planilla 1023667103 Referencia pago(PIN) 880050636

Periodo Cotización 201909 Periodo Servicio 201909

Cliente.

PAGADA 2019-10-07

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LUZ AMANDA LEON NAVAS				
Documento	CC 35407612	Dirección	CALLE 164 N 16 B 35		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3103248834		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 35407612		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					LEON NAVAS LUZ AMANDA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							Extranjero	S. Integral	Salario	Pensión							Salud						Riesgos						Caja				Parafiscales			
ITUA	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						Codigo AFP	Codigo Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Codigo EPS	Codigo Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Apor ICB
															0	30	30	30	30					$ 1.105.064	230301		16 %	$ 1.105.064	$ 176.900	$ 0	$ 0	EPS010		12.5 %	$ 1.105.064	$ 138.200	$ 0	14-11	3	2.436 %	$ 1.105.064	$ 27.000	CCF01	0.6 %	$ 1.105.064	$ 6.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pension	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 176.900	$ 0	$ 0	$ 138.200	$ 27.000	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 348.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPL