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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

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			12		
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP			FECHA			
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	1	2020		31	1	2020	
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:	$33.151.896
VALOR EJECUTADO	$33.151.896
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
1025882430	$1.105.063,20	$138.133	$0	$3	$26.919	**$165.052**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año 2020. 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	1	2.020		31	1	2.020
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 psicologia de forma oportuna y con los criterios de calidad establecidos en la Institucion.	si	Se Realiza la consulta programada de psicología 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 1,5%
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 fisica 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 Clinica 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 4
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 . 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

Amandaleon. cc35407612.

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 creacion reporte	2020-01-12 05:26:58 PM	Tipo Planilla	I	Numero Planilla 1025882430	Referencia pago(PIN) 8815756460
		Periodo Cotización	201912	Periodo Servicio	201912

Cliente:

PAGADA 2020-01-02

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	04					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
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dias AFP	Dias EPS	Dias ARP	Dias CCF			
																[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]			$ 1.105.064

Pensión							Salud					
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
[illegible]		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS010		12.5 %	$ 1.105.064	$ 138.200	$ 0

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Codigo ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Codigo CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14 11	3	2.436 %	$ 1.105.064	$ 27.000	CCF21	0.6 %	$ 1.105.064	$ 6.700	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	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
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	CAFAM	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 138.200	$ 27.000	$ 6.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 171.900

Lineas 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 SIMPLE!

porvenir
sólo hay uno

RECLAMACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS

Fecha de Ejecución: 02-JAN-20 09:18 AM

TAPA-BEN 0

Radicado - Porvenir S.A.

ESPACIO

0190116027433200

579

Centro de Costos_____

Físico

Nombre: LUZ AMANDA LEON NAVAS

Identificación: 35407612

 # Expediente: DV 271297

Tipo de Solicitud: SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL

Pendientes: 0 **Entregados:** 3

Sustitución pensional: No

Estado Documentos Entregados

Parentesco: 1 TITULAR 35407612 LUZ AMANDA LEON NAVAS

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda	
1	SPE	formulario solicitud		V
2	HLO	historia laboral oficial normalizada y firmada (emisión bono, no bono o incluir correcciones)		V
3	DDI	Documento de identidad (ampliado al 150%)		V

⚠ Nota de términos

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION. LA LISTA DE DOCUMENTOS ENTREGADA ESTA SUJETA A VERIFICACION Y CONTROL, POR TAL MOTIVO PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE MODIFICACIONES, LAS CUALES SE INFORMARAN OPORTUNAMENTE AL PETICIONARIO.

NO PERMITA QUE UN TRAMITADOR LE COBRE DINERO. USTED PUEDE HACER SUS TRÁMITES EN PORVENIR DE MANERA FÁCIL, SEGURA Y SIN COSTO; LO ASESORAMOS, ACOMPAÑAMOS Y LE CUMPLIMOS LA PROMESA DE SERVICIO.
SI ALGUIEN LE COBRA, DENÚNCIELO A NUESTRA AUDITORÍA INTERNA AL CORREO LINEAETICA@PORVENIR.COM.CO O AL TELÉFONO EN BOGOTÁ 3393000 EXT. 77777, FAX 3390101 O AL A.A. 241800

Acepto

CC

porvenir sólo hay uno OF. PORVENIR NIZA MOD. 6 20 ENE 2020 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA

porvenir sólo hay uno OF. PORVENIR NIZA MOD. 6 [illegible] ENE 2020 MOD. 6 CORRESPONDENCIA RECIBIDA