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 TESORERÍA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de Aprobación	9/01/18	
		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:	FO09				SEDE	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09131	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:	406-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7	DE	7		
NÚMERO DE CDP	823	FECHA	30/05/20	NÚMERO DE CRP	27030	FECHA	3/06/20				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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	6	2020		31	6	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: Ninguna.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$22.071.050
VALOR EJECUTADO	$22.071.049
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 <u>mínimo</u> 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
44055142	$1.428.060	$178.507	$228.489	3	$34.787	**$441.783**

Dado en Bogotá al mes de AGOSTO 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

138

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	3/08/17	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL			**Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09**				
No. DE CONTRATO:	406-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.020		31	8	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 area 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 la respectiva revisión de los test de sueño de las 4 subredes y se dan las calificaciones en el sistema SIVIGILA	Correo electrónico con acta y calificaciones en el SIVIGILA.
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 la revisión técnica de los test de sueño de las 4 subredes del distrito y se realiza revisión y validacion de las bases finales enviadas por SIVIGILA.	Correo electrónico con acta y formato en excel con observaciones.
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 telefónico a los test de sueño enviados.	Correo con actas electrónicas.
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 Subred Centro Oriente 11-08-2020	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. Se adelanta análisis distrital en calidad de sueño. Realización de informe jornada de profundización en calidad de sueño distrital.	Drive de información Distrital. Y documentos enviados vía electrónica.
Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados.	SI	Reunión de línea	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	SI	No se programaron actividades en este ítem para este mes.	NA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE M/CTE (3´570.149)

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.

Identificación	53000401	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	8072558
Razón Social	lina maria callejas peñaloza	Dirección	calle 136 # 20-05	Fecha Pago	16/07/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Julio-20
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	44055142	Periodo Pensión	Julio-20
Total a Pagar	$442,300	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

compensar | miplanilla.com

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	$1,429,000	$228,700	$0	$0	$0	$0	$0		$228,700
Totales				$1,429,000	$228,700	$0	$0	$0	$0	$0		$228,700

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	$1,429,000	$178,700	$0	$0		$0		$0		178700	$178,700
Totales				$1,429,000	$178,700	$0	$0		$0		$0		$178,700	$178,700

INFORMACION 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	$1,429,000	$34,900	$0				34900	$34,900

PAGADO

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

ISO 27001 icontec

UMC.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LINA MARÍA CALLEJAS PEÑALOZA

C.C 53.000.401 DE BOGOTÁ

La suma de TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE pesos, por concepto de: PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO DE 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 406/2020

LINA MARÍA CALLEJAS

C.C.53.000.401 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 452900059117