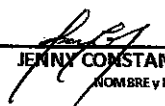
		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 1 Fecha de aprobación: 9/1/15 Código: 15-03-FO-002				
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LINA MARIA CALLEJAS PEÑALOZA						
TIPO DE DOCUMENTO:				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	%	
		FO09K31	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			10	DE	10	
NÚMERO DE CDP		1598	FECHA	31/10/20	NÚMERO DE CRP		46188	FECHA	6/11/20	
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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.							
PERÍODO CERTIFICADO:			DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
				1	11	2020		30	11	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:						\$32.781.497				
VALOR EJECUTADO						\$32.781.496				
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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES				
45768251	\$1.428.060	\$178.507	\$228.489	3	\$34.787	\$441.783				
Dado en Bogotá a los mes de NOVIEMBRE 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					

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	30/01/17	
		Código	DI-02-FO-0003	

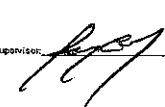
Ubicación del Servicio:		PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL		Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FO09						
No. DE CONTRATO:	406-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	11	2020		30	11	2020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LINA MARIA CALLEJAS PEÑALOZA			C.C.	53.000.401			DE	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 ☒ 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 validación 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 Sur 9-11-2020	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. Se entrega boletín parte ruido.	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 (3'579.149)	
 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 expide el supervisor.

Identificación	53000401	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	8072558
Razón Social	lina maria callejas penaloza	Dirección	calle 136 # 20-05	Fecha Pago	05/10/2020
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Octubre-20
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	45769251	Periodo Pensión	Octubre-20
Total a Pagar	\$442,300	Total Intereses Mora	\$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

PENSIÓN		Afiliados	Sumatoria IBC	Colización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidario	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	NIL	900336004	1	\$1,429,000	\$228,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$228,700
Totales					\$1,429,000	\$228,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$228,700

SALUD		Afiliados	Sumatoria IBC	Colización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS002	Salud Total EPS	NIL	800130907		\$1,429,000	\$178,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$178,700	\$178,700
Totales					\$1,429,000	\$178,700	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$178,700	\$178,700

INFORMACION ARP		Afiliados	Sumatoria IBC	Colización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-11	AHL SURA	890903790	1	\$1,429,000	\$34,900	\$0	\$0	\$0	\$34,900	\$34,900



Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

hmc

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 30 de
NOVIEMBRE 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