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	1
Fecha de aprobación	9/11/2016
Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA CADENA ROMERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52304278							
CORREO ELECTRONICO:	Yamfel10@hotmail.com				CELULAR:	3127109915							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA16												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Protección especifica - Pablo VI				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA16N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488418508476								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5152-2021				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	627	FECHA	29/4/2021	NÚMERO DE CRP	28765	FECHA	30/4/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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. AUXILIAR DE ENFERMERIA.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	5	2021		31	5	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.151.642
VALOR EJECUTADO	$6.151.642
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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 $ 2 271 315 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
50525563	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANA MIREYA CASTAÑEDA ABRIL
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHANNA CADENA ROMERO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 05 DE 2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOHANNA CADENA ROMERO

CC 52.304.278 DE BOGOTÁ

La suma de 2.197.015, dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos, por concepto de prestación de servicios como AUXILIAR **DE ENFERMERIA** durante el periodo de 01/05/2021 al 31/05/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5152/2021

JOHANNA CADENA ROMERO

CC 52.304.278 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550488418508476

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/4/2017
Código	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC PABLO VI PROGRAMA Y ACCIONES PA16				**Sede: PABLO VI**						
No. DE CONTRATO:	5152-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	5	2021		31	5	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA CADENA ROMERO		**C. C.**	52,304,278	**DE**	BOGOTÀ			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.Auxiliar de enfermeria.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud Incrementar las acciones de gestión y coordinación intersectorial, para lograr la atención integral de la población sujeto del programa en todo El territorio nacional, la equidad y la disminución de las brechas de acceso, incluyendo actores como: Procuraduría, Departamento para la Prosperidad Social, I C BF, Policía de infancia, Secretaria de Educación, Comisarías de Familia, Iglesias, Pastoral Social, ONG , Sociedades científicas y académicas entre otros en proyecto de vacunación COVID	SI	Se da cumplimiento a lo establecido según los lineamientos en cada unas de las actividades asignadas por el jefe inmediato, para la vacunación covid 19	Se cumple con actividades asignadas de acuerdo a los lineamientos establecidos
2. Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base a las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS -Sub red sur occidente caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento del programa regular y en proyecto vacunación covid.	SI	Se realiza participación en jornadas de vacunación covid 19 en la sub red sur occidente: Pablo VI, Tintal y caystano cañizares.	Cronograma de actividades, Vacunacion y consentimientos informados, observacion a usuario
3. Participar activamente en las jornadas de salud publica(vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras)programadas tanto por la SDS como por la subred sur occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado,participacion activa enlas fases del desarrollo del proyecto vacunacion Covid.	SI	Participacion en jornada de induccion, Jornadas de vacunacion covid 19, localidades kenedy y bosa.	Listados de asistencia ,bases de datos y consentimientos informados.
4.Realizar seguimientos a las acciones a desarrollar en el proyecto vacunacion covid 19.	NO	N/A	N/A
5.Realizar inducción a la demanda, seguimiento efectivo a las activaciones de ruta realizadas a laos diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el pic y el pos.	SI	Se realiza seguimiento a los pacientes programados en la plataforma don doctor, con el fin de garantizar asistencia al servicio.	Plataforma don doctor
6. Alistar soportes y presentar auditorias programadas	SI	se realiza seguimiento y observacion, carnet de vacunación y consentimientos informados al 100 %.	se entrega bases dégenciadas y consentimientos firma
7. Notificar todos los eventos de interés en salud publica.	SI	se realiza seguimientos a los pacientes 15 o 30 minutos posterior a la administración del biológico en sala de observación.	Entrega de formato de punto diligenciado
8. Informar a los individuos, familias y / o colectivos sobre sus deberes y derechos, respecto ala seguridad social en salud	SI	Se brinda apoyo al paciente en el diligenciamiento del consentimiento informado, socializando derechos y deberes.	Consentimiento informado
9.Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de consentimientos informados a supervisor de jornada y carne a los usuarios	Consentimiento informado y carne de vacunacion
10. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se realiza reporte de dosis aplicadas a supervisor de jornada teniendo en cuenta la periodicidad establecida.	Reporte verbal de dosis aplicadas y consentimientos informados diligenciados
11. Alistar soporte y presentar auditorias programadas tanto de la sub red sur occidente como de la firma auditora o SDS	SI	se realiza diligenciamiento de bases de datos, carnet de vacunación y consentimientos informados al 100 %.	se entrega consentimientos firmados por paciente asignado para la vacunación covid.
12.Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad, oportunidad y de otra índole en la q tenga responsabilidad el contratista	SI	se realiza participación en jornadas de vacunación covid 19 en las sub red sur occidente, con cumplimiento de la meta al 100%	se entrega bases dégenciadas y consentimientos firmados por paciente asignado para la vacunación covid.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 2.197.015 Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos mcte

JOHANNA CADENA ROMERO CC 52.304.278 DE BOGOTÀ

Fecha : 11/05/2021 Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligenciela fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (Si o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52304278	JOHANNA CADENA ROMERO	Cll 167 # 51-40 int 16 Apto 501	7554832	yamfel10@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-05	2021-05	I	10/05/2021	50525563	TOTAL A PAGAR	
					$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
MIN001	Fondo Sol y Gar Min Salud	901037916-1	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52304278	JOHANNA CADENA ROMERO	Cll 167 # 51-40 int 16 Apto 501	7554832	yamfel10@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-05	2021-05	I	10/05/2021	50525563	$281.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52304278	CADENA ROMERO JOHANNA	59	0			N																	25-14	908.526	145.400	0	0	0	0	MIN001	908.526	113.600	14-11	908.526	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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