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	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		2 DE 2	
NÚMERO DE CDP	480	FECHA	31/3/2021	NÚMERO DE CRP	22125	FECHA	31/3/2021
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	4	2021		30	4	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:	$3.954.627
VALOR EJECUTADO	$3.954.627
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
49507516	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	$281.200

Dado en Bogotá en el mes de Abril 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

	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	4	2021		30	4	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA CADENA ROMERO			C. C.	52.304.278		DE	BOGOTÁ		

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 Secretaria 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 cayetano 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 inducción, 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 diligenciadas y consentimientos firmados por
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 diligenciadas 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 BOGOTÁ

Fecha : 13/04/2021 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 04 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 01/04/2021 al 30/04/2021 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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 DE 1

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	52304276	JOHANNA CADENA ROMERO	U ☑ C ☐ S ☐ D ☐		

PERIODO DE LIQUIDACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
2021	3	2021	485075

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
	PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐	PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑	14-11	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
CR 157 # 51-40 Int 16 Apto 501	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ, D. C.	11	7554832	7554832	yamilet19@hotmail.com	8299	0	1	2021/04/13	854573864

APORTANTES DEL PERIODO A LA(S) ADMINISTRADORA(S)

COT/PEN	NIT/CC	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES TEMPORALES	INCAPACIDADES VALOR	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD NO. DIAS	LICENCIA MATERNIDAD/PATERNIDAD VALOR	VALOR COTIZAR	MORA	INTERESES MORA UPC	INTERESES MORA COTIZACION	SUBTOTAL COTIZACION	AJUSTE AL PESO ANT	VALOR SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR POR SALUD	SALDO A FAVOR POR PAGOS ADICIONALES	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
MN001	901037916-1	113.600	0		0		0	113.600	0	0	0	113.600	0	0		0	0	113.600	1

APORTANTES DEL PERIODO A LA(S) ADMINISTRADORA(S)

COT/PEN	NIT/CC	COTIZACION OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	COTIZACION AFILIANTE	FONDO DE PENS	MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
25-14	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0	145.400	1

APORTANTES DEL PERIODO A LA(S) ADMINISTRADORA(S)

COT/PEN	NIT/CC	VALOR A PAGAR	DIAS MORA	INTERES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	TASA MORA	INTERES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COT/PEN	NIT/CC	COTIZACION OBLIGATORIA	INCAPACIDAD ACCIDENTE	INCAPACIDAD VALOR	APORTES OTROS MORA	VALOR MORA COTIZACION
14-11	899003790-5	22.200		0	0	22.200
DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	SUBTOTAL APORTES COTIZ	INCAPACIDAD SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	22.200		0	222	22.200

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MINISTERIO DE EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	INTERESES MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	145.400	145.400
SALUD	113.600	113.600
RIESGOS LABORALES	22.200	22.200
CCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	281.200	281.200

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

compensar | miplanilla.com

[illegible]

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																	VALORES IBC								LIQUIDACIÓN DE APORTES							
N	TIPO	NÚMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	TOTAL PENSIÓN	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
1	CC	52304278	CADENA ROMERO JOHANNA	MIN001	25-14																				908.526	908.526	0	908.526	0			145.400	0	0	113.600	0

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