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. SALUD

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032375158						
CORREO ELECTRONICO:	jp_rojas2009@hotmail.com				CELULAR:	3134250909						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	23784162044								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5529-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	766	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP	33600	FECHA	31/05/2021			
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. Odontologa									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	6	2021		30	6	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$4.185.725									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.022.409
VALOR EJECUTADO	$11.022.409
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4.185.725
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
51118016	$1.674.290	$209.286	$267.886	3	$40.900	$518.073

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

CHRISTIAN ACERO AMAYA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
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:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09			**Sede: Fontibon**					
No. DE CONTRATO:	5529-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA		**C. C.**		1.032.375.158		**DE**		BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales ala 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 descuerdo al requerimiento institucional, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratoadministrativoNo 2879-2021

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 parameros descritos en el lineamiento del compónente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Para el mes se realiza elaboracion de indicadores y seguimiento plan de accion, se participa en grupo primario de salud oral, Se participa en UAT de odontologia, se realiza gestion a canalizaciones, se realiza asistencia tecnica a IPS San bernardino, Cabañas, Porvenir, Palestina, Bellalia, Patios, Abastos, Bomberos, Vision Colombia, Cundinamarca, Zona Franca, centro dia, internacional, asuncion tochica, alcala muzu, Inmidad galan, , acompañamiento en terreno a entorno laboral	Actas y listados de asistencia de las actividades realizadas
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente	SI	Se da cumplimiento a las actividades designadas en el linemiento de SDS	Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas.
Participar activamente en las jornadas de salud Publica (vacunacion,comunitarias,institucionales entre otras programadas por la SDS como por la sub red sur occidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Se realiza apoyo a la demanda inducida a punto de toma de muestras de Covid-19	Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas.
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS.	SI	Se realiza reunion con los entornos de vida laboral, hogar, comunitario y escolar con el fin de realizar seguimiento a la canalizacion al servicio de salud bucal.	Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria	SI	Alistamiento de soportes para sustentar en la certificación realizada por la coordinadora de GPAISP.	Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO		
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO		
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos	SI	Alistamiento de soportes para sustentar en la certificación realizada por la coordinadora de GPAISP.	Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preadiorias del referente del espacio asignado	SI	Alistamiento de soportes para sustentar en la certificación realizada por la coordinador de GPAISP.	Matriz del convenio 7828 diligenciada y actualizado con el cronograma de IPS.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos	SI	Ajuste al diligenciamiento de Matriz del convenio 7828 y al cronogramas de IPS, Se realiza informe de canalizaciones e informe de seguimiento a IPS, se entrega informe de cesacion de tabaco	Informes realizados con soporte de envio dentro de los tiempos estipulados y Matriz del convenio 7828 diligenciada
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la Sub Red Sur Occidente como de la firma auditora o SDS	SI	Los soportes se encuentran al dia según actividades programadas	Socializacion de listas de chequeo diligenciadas Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas.
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	no se presentan glosas en el mes	
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda	SI	*Para el mes se participo en la reunion de grupo primario de Salud oral	actas y listados de asistencia que evidencian asisencia, parallazos de paticipacion
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción	NO	No se ha realziado proceso de re induccion en el mes	
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato	SI	Para este mes se ha hecho uso del loker el cual se ha dado un uso adecuado, lo mismo de instrumentos propios de trabajo.	uso del loker el cual se ha dado un uso adecuado, lo mismo de instrumentos propios de trabajo.
Dar respuesta oportuna a las solicitudes, quejas, reclamos o derechos de petición tanto internos como externos, corresponsables a su actividad.	No	*Para este mes se dio respuesta a las solicitudes quejas, reclamos o derechos de petición tanto internos como externos	

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $4,185,725 CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS

JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA CC No 1032375158
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.

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA**, identificada con **CC** número **1032375158**, aportó por el empleado **JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA**, identificado(a) con **CC** número **1032375158** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **I** número **51118016** para el periodo de salud **2021-05** y pensiones **2021-05** de la siguiente forma.

TIPO	CODIGO	NOMBRE	NIT	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DIAS	IBC	TARIFA APORTE	CLASE RIESGO	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NUMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
Riesgos Laborales	14-11	ARL SURA	890903790	59	0							X								0		30	$1.675.000	0,02436	3		$40.900	$0	$0	Mayo - 2021	51118016	08/06/2021	N
Cajas	CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	860066942	59	0							X								0		30	$1.675.000	0,02000			$33.500	$0	$0	Mayo - 2021	51118016	08/06/2021	N
Salud	EPS008	Compensar EPS	860066942	59	0							X								0		30	$1.675.000	0,12500			$209.400	$0	$0	Mayo - 2021	51118016	08/06/2021	N
Pensiones	230301	Porvenir	800224808	59	0							X								0		30	$1.675.000	0,16000			$268.000	$0	$0	Mayo - 2021	51118016	08/06/2021	N

El presente certificado se expide a los 8 días del mes Junio de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA N° 06/2021
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
CC 1032375158 DE Bogotá

La suma de $4,185,725 CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CINCO MIL SETECIENTOS VEINTICINCO PESOS , por concepto de servicios prestados como Odontologa Profesional universitario 1 del área de Salud publica durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5529-2021

JOHANNA PAOLA ROJAS SIERRA
CC 1032375158 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 23784162044