| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Salud |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 35195103 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | johannaromero7977@gmail.com | | | | CELULAR: | 3005305380 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | PA14 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC | | | | SEDE: | Bosa | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | K26 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 0074-116336 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 620-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | PAGO 9 DE 11 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 36901 | FECHA | 31/08/2018 | | | |
| | El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como ENFERMERA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.070.655 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| 7 | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $33.777.205 |
| VALOR EJECUTADO | $27.635.895 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6.141.310 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 82% |

**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 $1,953,105,, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8329607887 | $1.228.262,00 | 154.300 | 197.500 | 3 | 30200 | 382.000 |

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año Dos Mil diecisiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jenny Andrea Alfonso

JENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Johanna Romero

CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA CC 35 195103
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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC - GPAISP | | | **Sede:** BOSA | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 620-2018 | **Periodo certificado desde el** | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | | 1 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 2018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA | | **C. C.** | 35.195.103 | | | | DE | CHIA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como enfermera de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Específicos 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, 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 | 01/10/2018 INFORME FACTURA/SEPTIEMBRE/AGOSTO<br>02/10//2018 INFORME FACTURA/SEPTIEMBRE/AGOSTO<br>03/10/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC<br>04/10/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC<br>05/10/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC<br>08/10/2018 ARTICULACION ESPACIO PÚBLICO<br>09/10/2018 ARTICULACION EDUCACIÓN /VSP<br>10/10/2018 CAPACITACION LIDERAZGO / TABLERO DE CONTROL<br>11/10/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC<br>12/10/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC<br>16/10/2018 COMITÉ DE DIMENSIONES SSR<br>17/10/2018 MESA DE RUTAS<br>18/10/2018 RED MATERNA<br>19/10/2018 REUNION DE EQIPO<br>22/10/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC | Actas de participación en reuniones y de asistencias técnicas. |
| 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-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque | NO | | |
| 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 | Seguimiento a rutas y canalizaciones | Actas y pantallazos de correos electonicos |
| Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud. | SI | Realización de activacion de rutas y gestion de casos | Actas y pantallazos de correos electonicos |
| Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación. | NO | | |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS. | SI | Alistamiento de soportes para sustentar en la certificación realizada por la coordinadora de GPAISP. | 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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. | NO | | |
| Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS. | SI | Participar en la reunion de rquipo, Jorna de vacunacion | listado de asistencia |

**TOTAL A PAGAR $3,070,655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEIS CIENTOS CINCUENTA Y CINCO**

Johanna Romero

CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA CC: 35195103

DEL CONTRATISTA: Y FIRMA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

supervisor: Jenny Andrea Arenas B

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

**Señor(es):** CLAUDIA JOHANNA ROMERO PENA
**Nit:** CC 35195103
**Dirección:** CARRERA 64 23A-10
**Teléfono:** 4572983 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | CLAUDIA JOHANNA ROMEF |
| Tipo y número de identificación | 35195103 |
| Número de radicación planilla | 8329607887 |
| Fecha de pago | 10/8/2018 |
| Número de autorización de pago | 23084636 |
| Banco | 1023 |
| Valor comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Septiembre 2018 |
| Periodo cotización pensión | Septiembre 2018 |
| Periodo cotización caja | Septiembre 2018 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $382.000 |
| Total interes mora | $1.800 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-28 | ARP Sura | $30.200 | 1 |
| 230301 | Porvenir | $197.500 | 1 |
| EPS005 | Sanitas EPS | $154.300 | 1 |

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