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.
		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 10 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	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0					

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
7	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	VALORES
VALOR EJECUTADO	$33.777.205
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$30.706.550
VALOR A LIBERAR	$3.070.655
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	$3.070.655
	91%

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
8330696322	$1.228.262,00	154.200	197.400	3	30200	**381.800**

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY 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	11	2018		30	11	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	07/11/2018 INFORME FACTURA/OCTUBRE/SEPTIEMBRE 07/11/2018 INFORME BIMENSUAL 06/11/2018 INFORME BIMENSUAL 07/11/2018 ARTICULACION ESPACIO EDUCATIVO/RADICAR INFORME BIMENSUAL 08/11/2018 REALIZACION DE TABLERO DE CONTROL 09/11/2018 TABLERO DE CONTROL 13/11/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC / REUNION PIC 14/11/2018 MESA DE RUTAS /REUNION REFERENTES RUTAS 15/11/2018 SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION 16/11/2018 DIA DE LA FAMILIA 19/11/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 20/11/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 21/11/2018 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 22/11/2018 RED MATERNO PERINATAL/SOPORTE DE AUDITORIA	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

CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA CC: 35195103
FIRMA DEL CONTRATISTA Johanna Romero.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor Yury Andrea Aldana

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 autorización débito	8330696322
Fecha de pago	11/7/2018
Número de transacción débito	34475687
Banco	1023
Valor operación	$0

Número de planilla	1
Periodo de cotización salud	Octubre 2018
Periodo cotización pensión	Octubre 2018
Periodo cotización ARP	Octubre 2018
Número de planillas asociadas	3
Total Pagado	$381.800
Total interés mora	$1.600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.200	1
230301	Porvenir	$197.400	1
EPS005	Sanitas EPS	$154.200	1

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