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 12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	2121	FECHA	27/12/2018	NÚMERO DE CRP		51342	FECHA	28/12/2018		
	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	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.535.328									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: EL PERIODO LABORADO CORRESPONDE A MEDIO TIEMPO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
7	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$35.312.533
VALOR EJECUTADO	$35.312.533
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.535.328
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 **$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
8331975820	$1.228.262,00	154.300	197.500	3	30200	**382.000**

Dado en Bogotá en el mes de Enero del año Dos Mil diecinueve (2019). 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

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	Período certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			1	1	2019		31	1	2019			
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
Especificos 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	14/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 15/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 16/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 17/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 18/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 21/01/2019 AUDITORIA 22/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 23/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 24/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 25/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 28/01/2019 SEGUIMIMIENTO A CASOS MODULO SIRC 29/01/2019 INFORME FACTURA DICIEMBRE 30/01/2019 INFORME FACTURA ENERO 31/01/2019 TABLERO DE CONTROL	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 interès 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 $1,535,328 UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL

Johanna Romero.

CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA CC: 35195103 Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jany Alfonso B

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

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	35195103	CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA	CARRERA 64 23A-10	4572983	GOMA729@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	
			2019/01/09	402511290	EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2018-12	2018-12	I	09/01/2019	31975820	$382.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	153.600	0		0		0	6	700	0	154.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	196.600	0	0	0	0	6	900	0	197.500	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	30.000				30.000	6	200	30.200			300	30.200	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	153.600	154.300
Pensión	1	196.600	197.500
Riesgos Laborales	1	30.000	30.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	380.200	382.000

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