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:	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:	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:	4981-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 8 DE 8				
NÚMERO DE CDP	1285	FECHA	20/09/2019	NÚMERO DE CRP	45841	FECHA	30/09/2019				
	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.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2019		31	10	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

OBSERVACIONES: se descuenta tres dias por incumplimiento de actividades

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$26.147.643
VALOR EJECUTADO	$25.388.172
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.929.404
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$759.471
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $ 2,070,290, 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
8337513788	$1.301.958	162.800	208.400	3	31800	**403.000**

Dado en Bogotá en el mes de Octubre 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

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:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	4981-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2019		31	10	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA		C. C.	35.195.103			DE	CHIA	

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.

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 Secretaria Distrital de Salud.	SI	01/10/2019 Seguimiento Canalizaciones 02/10/2019 Seguimiento Canalizaciones 03/10/2019 Seguimiento Canalizaciones 04/10/2019 REUNION SDS 07/10/2019 Productos 08/10/2019 Seguimiento canalizaciones 09/10/2019 Seguimiento Canalizaciones 10/10/2019 Mesa de canalizaciones 11/10/2019 seguimiento canalizaciones 15/10/2019 Seguimiento canalizaciones 16/10/2019 Seguimiento canalizaciones 17/10/2019 Seguimiento canalizaciones 18/10/2019 dia de la familia 21/10/2019 Seguimiento canalizaciones 22/10/2019 Seguimiento canalizaciones 23/10/2019 Seguimiento canalizaciones 24/10/2019 Seguimiento canalizaciones 25/10/2019 Seguimiento canalizaciones 28/10/2019 SEGUIMIENTO CANALIZACIONES 29/10/2019 SEGUIMIENTO CANALIZACIONES 30/10/2019 SEGUIMIENTO CANALIZACIONES 31/10/2019 SEGUIMIENTO CANALIZACIONES	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	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 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	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 veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que	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,	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, Joma pai	listado de asistencia

TOTAL A PAGAR (Número y letras):DOS ILLONES NOVECIENTOS VEINTINUEVEMIL CUATROCIENTOS CUATRO MIL pesos ($ 2929404)

Johanna Romero

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

supervisor: Jenny Andrea Alfonso D

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA
No. Identificación: CC35195103
Dirección: CARRERA 64 23A-10
Telefono: 4572983
Correo: johannaromero7977@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8337513738

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC35195103	**Periodo de Cotización Salud**	septiembre de 2019
Número de planilla	8337513738	**Periodo de Cotización Pensión**	septiembre de 2019
Fecha pago	2019-10-09	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	38273792	**Total Pagado**	405200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	2200

PAGADA

8337513738

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	32000	1
230301	Porvenir	209500	1
EPS005	Sanitas EPS	163700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 35195103
APELLIDOS Y NOMBRES: CLAUDIA JOHANNA ROMERO PEÑA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1301957	1301957	1301957	0	162800	0	208400	0	31800	0

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