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 aprobació	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHAN ORLANDO PEÑA NOVOA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,013,632,469						
CORREO ELECTRONICO:	johanopnovoa@gmail.com				CELULAR:	3103437007						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS ABASTOS - USS 39 \ SEDE SALUD PUBLICA FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	SUR						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de	%
	FO09K30	40%	FO09K32	60%								
ENTIDAD FINANCIERA:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	041982906								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	598-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 3 DE 3
NÚMERO DE CDP	466	FECHA	30/03/2020	NÚMERO DE CRP	19892	FECHA	31/03/2020
NÚMERO DE CDP	505	FECHA	3/04/2020	NÚMERO DE CRP	20934	FECHA	4/04/2020
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.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2020		30	4	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.254.894							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.401.661
VALOR EJECUTADO	$10.076.172
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.254.894
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$325.489
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 **$2,194,507** 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
8606505209	$1.302.000,00	$162.800	$208.400	3	$31.800	**$403.000**

Dado en Bogotá en el mes de Abril del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Patricia Prieto C

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Johan Peña.

JOHAN ORLANDO PEÑA NOVOA
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. SALUD
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PICC VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA		Sede: PAPS ABASTOS - USS 39/ Sede Salud Publica Fontibón					
No. DE CONTRATO:	598-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
			1	4	20	30	4	20
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHAN ORLANDO PEÑA NOVOA		C. C.	1.013.632.469		DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Pestar servicios profesionales a la gestion administrtiva 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud	SI	Durante el mes de Abril se da cumplimiento con las actividades designadas según los lineamientos dados por la SDS relacionadas con información, educación y comunicación frente a prevencion de contagio del COVID 19. Para el cumplimiento de este ejercicio se realizarón llamadas telefonicas a los diferentes usuarios y se enviaban priezas comunicativas via whatsapp o por correo electronico.	Bases de datos, registro fotografico de llamadas realizadas y correos enviados, piezas comunicativas, dependiendo el caso canalizaciones e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
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.	SI	Para el mes de abril se realizó socialización de la respectiva ruta de atencion para casos de COVID 19, sensibilización sobre etiqueta de tos, requerimiento y adecuado uso de mascarillas faciales (tapabocas) y lavado de manos cada 3 horas con agua y jabon.	Bases de datos, registro fotografico de llamadas realizadas y correos enviados, piezas comunicativas, dependiendo el caso canalizaciones e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Desarrollar acciones de control social, Información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización.	SI	Se brinda informacion y educacion a las y los usuarios frente a las recomendaciones de pautas de cuidado y prevencion de contagio del COVID 19	Bases de datos, registro fotografico de llamadas realizadas y correos enviados, piezas comunicativas, dependiendo el caso canalizaciones e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	A partir de la educacion y recomendaciones brindadas se promueve la adopcion de practicas que contribuyan a un autocuidado frente al uso adecuado de mascarillas faciles (tapabocas), etiqueta de tos, lavado de manos y en caso de presentar sintomatologia y rutas de atencion frente al COVID 19.	Bases de datos, registro fotografico de llamadas realizadas y correos enviados, piezas comunicativas, dependiendo el caso canalizaciones e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Se participa en el fortalecmiento al talento humano de los colabordores, realizando curso virtual de ruta de atención a usuario con COVID 19, Cursos realizados con la OMS y curso sobre infecciones Respiratorias.	Certificados y registro fotografico.
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Priorizar atencion a usuarios con condicones cronicas para educar frente a la importancia de aliemntacion saldubale, actividad fisica dentro del hogar. Adiconal, identificación de casos en los que las personas puedan ser violentadas o violentado y la difución de lineas de atención gratuitas.	Bases de datos, registro fotografico de llamadas realizadas y correos enviados, piezas comunicativas, dependiendo el caso canalizaciones e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del Contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnologicos, de proteccion personal que permitan implementar acciones ordeadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificacion y atencion de caasos nuevos y busquedad de contactos.	SI	Se realizó la consolidación y registro de datos en base digital de usuariosusuarios que fueron educados y sensibilizados frente a pautas de autocuidado en prevencion y contagio del COVID 19, sensibilización sobre etiqueta de tos, requerimiento y adecuado uso de mascarillas faciales (tapabocas) y lavado de manos cada 3 horas con agua y jabon.	Bases de datos, registro fotografico de llamadas realizadas y correos enviados, piezas comunicativas, dependiendo el caso canalizaciones e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Revisión y consolidacion de los usuarios educados y sensibilizados haciendo la respectiva entrega de los mismo.	Consolidacion de datos en Matriz de usuarios.
Alistar soportes y presentar auditrias programastanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control. A demas de 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	Revision de matriz y bases de datos con la totalidad de usuarios abordados, sensibilizados y educados con el din de dar cumplimiento a cada una de las acciones y lineamientos emitidos por SDS.	Bases consolidadas, actas e informes.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): TRES MILLONES DOCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NOVENTA Y CUATRO($3254894)

JOHAN ORLANDO PEÑA NOVOA CÉDULA 1013632469 DE BOGOTA
FIRMA DEL CONTRATISTA: Johan Peña

Fecha : [illegible]

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

PLANILLA NRO. 8606505209 Tipo I 2020 ASOPAGOS
03

DATOS GENERALES

TIPO	NÚMERO	NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	TIPO PRESENTACIÓN	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CÓDIGO	PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	NÚMERO PLANILLA	REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO EMPRESA	CLASE APORTANTE	CÓDIGO ARL	CÓDIGO OPERADOR
CC	1012622469	JOHAN ORLANDO PEÑA NOVOA	ÚNICO	0	0	2020-03	2020-03	8606505209	8659123565	PRIVADA	I	14-11	06

DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CÓDIGO	TELÉFONO	FAX	CORREO ELECTRÓNICO	ACTIVIDAD ECONÓMICA	VALOR NÓMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO	FECHA LIMITE DE PAGO
CR 25 48 A 14 SUR	BOGOTA	1	BOGOTA D.C	11	3103437007	0	johanopnovoa@gmail.com	8299	1302500	1	2020-04-06	2020-04-17

TOTAL APORTES A SALUD POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE EPS	NIT EPS	COT OBLIGATORIA	UPC ADICIONAL	# AUT INC	VALOR INC	# AUT LIC	VALOR LIC	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES UPC	SUBTOTAL COT	SUBTOTAL UPC	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR UPC	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
EPS017	830003564	162800	0	0	0	0	0	162800	0	0	0	162800	0	0	0	0	162800	1

TOTAL APORTES A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE AFP	NIT AFP	COT OBLIGATORIA	COT VOL AF	COT VOL AP	FONDO SOL	DÍAS MORA	INTERESES	INTERESES FONDO SOL	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
230301	900224806	208400	0	0	0	0	0	0	208400	1

TOTAL APORTES A RIESGOS LABORALES

CÓD / NOMBRE ARL	NIT ARL	COT OBLIGATORIA	# AUT INC	VALOR INC	OTROS RIESGOS	NETO COT	DÍAS MORA	INTERESES	SUBTOTAL APORTES	NÚM RAD ANTERIOR	SALDO FAVOR	FONDO SOL	TOTAL PAGAR
14-11	890903790	31800	0	0	0	31800	0	0	31800	0	0	0	31800

TOTAL APORTES A ESAP

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A MINISTERIO

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL A PAGAR
0	0	0	0

TOTAL APORTES A CAJAS POR ADMINISTRADORA

CÓD / NOMBRE CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
CCF24	860066942	7900	0	0	7900	1

TOTAL APORTES A ICBF Y SENA

ICBF

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

SENA

VALOR	DÍAS MORA	INTERESES	TOTAL PAGAR	NÚM AFILIADOS
0	0	0	0	0

NÚMERO ADMINISTRADORAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS COMPENSACIÓN	1

TOTAL A PAGAR POR ADMINISTRADORA	
PENSIONES	208400
SALUD	162800
RIESGOS LABORALES	31800
CAJAS COMPENSACIÓN	7900
SENA	0
ICBF	0
ESAP	0
MINISTERIO	0
GRAN TOTAL	410900