10

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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.749.429						
CORREO ELECTRONICO:	bahia1978@hotmail.com				CELULAR:	311-5783248						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	F009K29	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0058 7013 6958								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
	3075-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 2				
NÚMERO DE CDP	288	FECHA	23/02/2021	NÚMERO DE CRP		17792	FECHA	28/02/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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 - Trabajador Social.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149										
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:	$7.140.298
VALOR EJECUTADO	$7.140.298
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
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 **$2.271.315** 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
83488[illegible]627	$1.428.060,00	$178.508	$228.490	3	$34.788	**$441.786**

Dado en Bogotá en el mes de Marzo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

JUDY MARCELA LÓPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ
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 PÚBLICA			**Sede: FONTIBON**					
No. DE CONTRATO:	3075-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.021		31	3	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ		**C. C.**		79.749.429		**DE**	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales como Trabajador Social a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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 a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Seguimiento telefónico a adherencia a método de planificación a 53 lactantes y caracterización de 20 gestantes y lactantes y seguimiento telefónico a 20 gestantes y lactantes escolarizadas, desarrollo de sesión con docentes y registro diario de actividades en Drive.	Informes diarios en medio electrónico.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Seguimiento telefónico a adherencia a método de planificación a 53 lactantes y caracterización de 20 gestantes y lactantes y seguimiento telefónico a 20 gestantes y lactantes escolarizadas, desarrollo de sesión con docentes y registro diario de actividades en Drive.	Informes diarios en medio electrónico.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Presentación de soportes al apoyo de la coordinación	Acta de revisión y recepción de soportes
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No se identifican eventos para notificacion durante el mes.	No se programa para este mes
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes a la coordinación general	Acta de revisión y recepción de soportes
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	NO	No se programa para este mes	No se programa para este mes
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Informes	Informes
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se participa en asistencias técnicas vía presencial y virtual.	Acta y listados de asistencia
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indote en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	De presentarse, serán asumidas.	No aplica
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos.	Cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3'670.149 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

Carlos Felipe Triana V. 79.749.429

CONTRATISTA: SOLICITE COMPLETAR CEDULA Y FIRMA DEL

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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): CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ
No. Identificación: CC79749429
Dirección: CALLE 52 A SUR # 81 G 41
Telefono: 4508082
Correo: bahia1978@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8348819627

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC79749429	**Periodo de Cotización Salud**	febrero de 2021
Número de planilla	8348819627	**Periodo de Cotización Pensión**	febrero de 2021
Fecha pago	2021-03-08	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	48819627	**Total Pagado**	442300
Banco	1052	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8348819627

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228700	1
EPS008	Compensar EPS	178700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79749429
APELLIDOS Y NOMBRES: CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ

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
EPS008	25-14	1429000	1429000	1429000	0	178700	0	228700	0	34900	0

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ

CC 79'749.429 DE BOGOTÁ

La suma de $3'570.149 (Tres Millones Quinientos Setenta Mil Ciento Cuarenta y Nueve Pesos) por concepto de: servicios profesionales como Profesional en Trabajo Social durante el período del 01 de Marzo de 2021 al 31 de Marzo de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3075/2021

CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ

CC 79'749.429 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO: 0058 7013 6958

10

Bogotá D.C., 18 de Marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X___ cancelé intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __X__ cancelé pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO ___X_____
5. SI _____ NO __X___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X___ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____0_____
8. Solicito SI _____ NO ___X___ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $___0_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __X___ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO ___X___

Atentamente

NOMBRE: CARLOS FELIPE TRIANA VELÁSQUEZ **FIRMA:**

C.C.: 79'749.429

UNIDAD: Salud Pública - PIC

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14511976793

(415)7707212489984(8020) 000001451197679 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
7 9 7 4 9 4 2 9	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	7 9 7 4 9 4 2 9	1 9 9 6 1 2 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TRIANA	VELASQUEZ	CARLOS	FELIPE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 52 A SUR 81 G 41

42. Correo electrónico: bahia1978@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 5 0 8 0 8 2	3 1 1 5 7 8 3 2 4 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 5 0 9 0 8					2 4 4 6	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO