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 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		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:					F009							
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			5 de 5				
NÚMERO DE CDP	766	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP	32501	FECHA	31/05/2021				
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	6	2021		30	6	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684										
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:	$18.080.885
VALOR EJECUTADO	$18.080.885
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.627.684
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
51171574	$1.451.074,00	$181.384	$232.172	3	$35.348	**$448.904**

Dado en Bogotá en el mes de Junio 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	3/04/2017	
		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	6	2.021		30	6	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 21 lactantes y caracterización de 50 gestantes y lactantes, 2 sesiones colectivas con adolescentes desarrollo de 2 sesiones 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 21 lactantes y caracterización de 50 gestantes y lactantes, 2 sesiones colectivas con adolescentes desarrollo de 2 sesiones 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.	SI	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	Participación en demanda inducida para pruebas COVID19 el día 19 de Junio	Asistencia a jornada
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 indole 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): $3'627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

Carlos Felipe Triana V. 79'749.429

CONTRATISTA: NOMBRE COMPLETO 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:	51171574

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	CARLOS FELIPE TRIANA VELASQUEZ
Tipo y número de identificación	CC79749429
Número de planilla	51171574
Fecha pago	2021-06-08
Número de autorización pago	968967
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2021
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2021
Número de Administradoras	3
Total Pagado	449300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

51171574

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	35400	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	232400	1
EPS008	Compensar EPS	181500	1

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACION RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1452000	1452000	1452000	0	181500	0	232400	0	35400	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 $3'627.684 (Tres Millones Seiscientos Veintisiete Mil Seiscientos Ochenta y Cuatro Pesos) por concepto de: servicios profesionales como Profesional en Trabajo Social durante el período del 01 de Junio de 2021 al 30 de Junio 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