## INFORMACION DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO | 1033681126 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | charly-0486@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3112312135 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | FONTIBON F009 | | | | | | | |
| UBICACION DEL SERVICIO: | FO09 | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 477-3700394-30 | | | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

## INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3715-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 DE 1 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 32 | FECHA | 08/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 14060 | FECHA | 31/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo 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 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | | | $2.197.015 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | | | $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: | $2.197.015 |
| VALOR EJECUTADO | $2.197.015 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.197.015 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCION | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8348129240 | $908.525,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | $281.200 |

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

Andres Guevara

**DIANA PATRICIA MARTINEZ YATE**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA**
**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-0063 | |

| Ubicación del Servicio: | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA | | Sede: | FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3715/2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 1 | 2 | 2.021 | | 28 | 2 | 2.021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA | | C. C. | 1033681126 | | | DE | BOGOTA | | |

**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 AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 |
|---|---|---|---|
| cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del componente cuando sean requeridos y/o asignados al contrato vigente entre la subred suroccidente y secretaria distrital de salud. | SI | Se realizan entrega de productos 1,2,3,4, 5,,8,,9,10,11,,12,15,16,17,18,19,22,23 ,24,25 ,26 con alistamiento de auditoria. | Se realizan entrega de productos 1,2,3,4, 5,,6,7,,9,10,11,,12,15,16,17,18,19,22 ,23 ,24,26,, con alistamiento de auditoria. |
| realizar las actividades que garanticen el cumplimiento de la meta asignada para cubir los eventos prevenibles por vacuna y difengiamiento de formatos establecidos según normativa vigente | SI | Se realizan 9 BLOQUEOS en su totalidad deacuerdo a la notificacion recibida garantizando la cobertura al 100% de vacunacion. | Se realizan 9 BLOQUEOS en su totalidad deacuerdo a la notificacion recibida garantizando la cobertura al 100% de vacunacion. |
| Responder a las disponibilidades y activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| mantener el servicio o area de trabajo en orden y estricta limpieza y realizar alistamiento de material o insumos requeridos para los procedimientos o actividades a ejecutar | SI | Se da cumplimiento a los protocolos establecidos de acuerdo a cada uno de las actividades a realizar. Manteniendo en buen estado los insumos suministrados por el mismo. Se hace correccion de archivo de subsistema de VSP 2019 | Insumos en buen estado. |
| realizar activiadades de auxiliar de enfermeria intra y extramurales asignadas deacuerdo a las estrategias de los programas y planes de accion de la institucion | SI | Se realiza las activiades de bloqueos correspondientes a la necesidad de los usuarios identificados en cada notificacion recibida, | Se entrega la cantidad de mayores y menores requerida por cada bloqueo, |
| dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acion con base a las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE, caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de actividades según defina el lineamiento. | SI | se realiza búsqueda de menores y mayores. De acuerdo con los parametros establecidos en los lineamientos para bloqueos | Se entrega la cantidad de mayores y menores requerida para cada bloqueo |
| participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion comunitarias institucionales entre otras) programadas tanto por la SDS como por la subred suroccidente o las comtempladas en el plan de accion del espacio asignado. | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| educar al individuo familia y comunidad en los temas de prevencion, promosion tratamiento y rehabilitacion y eventos en vigilancia en salud publica. Realizar demanda inducida deacuerdo al portafolio de servicios de la subred | SI | Durante los 9 bloqueos, se brinda educacion a la comunidad de acuerdo al evento notificado. | se entrega 9 Bloqueos digitadas en BASE BAC, actas de entrega de producto.se brinda la educacion a las personas de covid 19 |
| cumplir y vigilar la adherencia al manual de bioseguridad | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| conocer y aplicar los correctos en la realizacion y aplicación de tratamientos y preparar al usuario de acuerdo al procedimiento a realizar brindando la educacion requerida | SI | se realiza 9 bloqueos de acuerdo a la notificacion requerida vacunando en los 8 bloqueos | se realiza 9 bloqueos de acuerdo a la notificacion requerida vacunando en los 8 bloqueos |
| realizar lectura e interpretacion del carne de vacunas y proceder de acuerdo a la normativa vigente del programa | SI | Se verifica 50 carné de vacunacion de los menores de 6 años garantizando oportunidad en vacuna. | Monitoreo rápido de covertura |
| aportar el cumplimiento de las metas programadas por la intitucion | SI | a la fecha se an realizado 9 bloqueos de acuerdo al evento notificado. se entrega la base diligenciada con los seguimientos realizados de covid 19 | a la fecha se entregan 9 bloqueos,y archivo de transmisibles, se entrega la base diligenciada con los seguimientos realizados de covid 19 |
| asistir a reuniones programadas por ESE y/o entidad territorrial | SI | Reunion transmisibles (19/ 02)2021 | Reunion transmisibles 19/02/2021 |
| conocer y aplicar los lineamientos del pograma con el fin de garantizzar el cumplimiento de los objetivos generales y especificos del PAI | SI | se hace lectura de los lineamientos de bloqueos establecidos para esta vigencia | se comparte los lineamientos de bloqueos por medio de correo elecctronico |
| realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las activaciones de rutas realizadas a los diferentes servicios asisitenciales y sociales para articular el PIC y POS. | NO | No programada para este mes | No programada para este mes |
| realizar actividades de contencion y/o mitigacion 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 ordenadas en el marco de los protocolos, guias y lineamientos emandados por el nivel distrital para la identificacion y atencion de casos nuevos y busqueda de contactos | SI | No programada para este mes | No programada para este mes |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR: ($2.197.015) DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL CIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE**

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Andres Guevara

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 02/2021

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA

CC 1033681126 DE BOGOTA

La suma de $2.197.015 DOS MILLONES CIENTO NOVENTA Y SIETE MIL QUINCE PESOS M/CTE., por concepto de servicios Técnico Auxiliar de enfermería – Técnico 1 durante el periodo de 01 al 28 de Febrero 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3715/2021

Andres Guevara

CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA

CC 1033681126 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 477-3700394-30

**Señor(es):** CARLOS ANDRES GUEVARA GARCIA
**Nit:** CC 1033681126
**Dirección:** KR 55 NO 50 A 26 SUR
**Teléfono:** 3115504074 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | CARLOS ANDRES GUEVAR |
| Tipo y número de identificación | 1033681126 |
| Número de radicación planilla | 8348129240 |
| Fecha de pago | 2/8/2021 |
| Número de autorización de pago | 54454786 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Enero 2021 |
| Periodo cotización pensión | Enero 2021 |
| Periodo cotización caja | Enero 2021 |
| Número de administradoras | 3 |
| Total Pagado | $281.200 |
| Total interes mora | $0 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $22.200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $145.400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $113.600 | 1 |

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