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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELKIN JOSE CAYON NAGLES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1030631848						
CORREO ELECTRONICO:	elkinsaiko@gmail.com				CELULAR:	3204052945						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	ABASTOS USS 39											
UBICACIÓN DEL SERVICIO	PIC				SEDE	KENNEDY						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K30	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62424944918								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0499-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6			
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP	28240	FECHA	30/06/2018			
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 SUB RED 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	7	2018		30	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.232.426									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA							

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:	$7.394.556
VALOR EJECUTADO	$7.394.556
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.232.426
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento delmínimo**valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $** 1.953,105, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8481174513	$781,24	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los días del mes de JULIO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ELKIN J CAYON N
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	ABASTOS SUU 39		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	0499-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	7	2.018		30	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ELKIN JOSE CAYON NAGLES		C. C.	1.030.631.848		DE	BOGOTÁ		

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 SUB RED 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 __X__

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 julio se da cumplimiento con las actividades designadas según los lineamientos dados por la SDS, ya que se realizaron recorridos en calle, las actividades lúdico pedagógicas, tamizajes de VIH/Sífilis, escuchas activas y fortalecimiento a redes en los centros de escucha para población HC distribuidos de la siguiente manera: 2 centro de escucha en la localidad de Fontibón, 2 centro de escucha en la localidad de Kennedy, 2 centro de escucha en la localidad de Bosa y 2 centro de escucha en la localidad de puente aranda, dando cumplimiento a las necesidades, expectativas e intereses de la comunidad HC	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado 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	Se realizaron los respectivos productos como lo son: Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.	SI	Durante el mes de julio participe en el desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio, en jornadas para la comunidad HCsegún direccionamiento de la Subred y la Secretaría Distrital de Salud	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado 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	En el mes de julio de 2018 se realiza activación de ruta a la comunidad LGBTI que lo requiera,con el fin de darlesuna respuesta inmediata.	Formato de activación de ruta, formato 3 canalización a servicios y consentimiento para canalización.
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Se implementaron actividades lúdico-pedagógicas y participativas en cada uno de los centro de escucha para población HC en las localidades de Kennedy, Fontibón , Bosa y Puente Aranda.	Fichas técnicas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información, formato entrega de preservativos 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	Por medio de las actividades realizadas este mes se da cumplimiento con cada uno de los objetivos propuestos que tiene como finalidad empoderarse de cada una de las prácticas de cuidado para la salud con un enfoque biopsicosial y diferencial en la población HC	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado 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	En el nes de julio, el equipo de HC asistio a reuniones de fortaleciiento de capacidades con Secretaría Distria del Salud	Acta y listado de asistencia.
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Se concertan y se consolidan centros de escucha en los focos de homosocialización de las cuatro localidades de la subred sur occidente enfocandonos en las necesidades en salud de la población HC.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Se realiza procesos de convocatorias a la población HC en las cuatro localidades kennedy, fontibón, bosa y puente aranda con el fin de invitarlos a la participación y consolidación de redes.	Fichas técnicas, actas, registro de participantes, formato 1 registro de actividades, formato de recolección de información,formato entrega de preservativos, reporte de prueba, consentimiento informado e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.232.426(un millón doscientos treinta y dos mil cuatrocientos veintiséis pesos)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ELKIN J CAYON N C.C 1.030.631.848

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.

aportes en línea

Planilla Integrada

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030631848		CAYON NAGLES ELKIN JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA.78K NO.73-78 VASA 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	74153345	8481174513	I	2018/07/12	2018/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	4	$242,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO

No.	Tipo id	No id	Nombre	Tipo Cotizante	Horas Laboradas	Extranjero	Temp. Ext.	Fecha Radicación en el Exterior
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)								
Centro de Trabajo: PRINCIPAL(1 Afiliados)								
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E.(1 Afiliados)								
1	CC	1030631848	KAYON NAGLES ELKIN JODSE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes	0	No	No	
Total	**Afiliados(1)**							

NOVEDADES

No.	ing	Fecha ing	ret	Fecha ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	Fecha Inicio vsp	cor	vst	sln	Fecha Inicio sln	Fecha Fin sln	ige	Fecha Inicio ige	Fecha Fin ige	lma	Fecha Inicio lma	Fecha Fin lma	vac-lr	Fecha Inicio vac-lr	Fecha Fin vac-lr	avp	vct
1																										

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030631848		CAYON NAGLES ELKIN JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA.78K NO.73-78 VASA 45	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-07	2018-07	74153345	8481174513	I	2018/07/12	2018/07/16	BANCO DE OCCIDENTE	4	$242,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$400	$0	$125,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$125,000	$400	$0	$125,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$100	$0	$19,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$300	$0	$98,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	$97,700	$300	$0	$98,000
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$800**	**$0**	**$242,600**

2018/07/17 07:40 a.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

						SALARIO		PENSION													SALUD						
Fecha Inicio vct	Fecha Fin vct	Irl	Fecha Inicio Irl	Fecha Fin Irl	vip	Valor	Integral	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Tarifa Alto Riesgo Pensión	Valor Cotización	Cotización Voluntaria Empleador	Cotización Voluntaria Afiliado	Fondo Solidaridad Pensional	Fondo Subsistencia	Valor No retenido	Total	AFP Destino	Administradora	Dias	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Valor UPC	Tota
																			$125,000						$97,700		$
																			$125,000						$97,700		$
																			$125,000						$97,700		$
						$781,242	No	COLPENSIONES	30	$781,242	16%	SIN RIESGO	$125,000	$0	$0	$0	$0	$0	$125,000		CAPITAL SALUD	30	$781,242	12.5%	$97,700	$0	$
																			$125,000						$97,700		$

PAGADO

2018/07/17 07:40 a.m.

aportes en línea

Planilla Integrada

		CCF					RIESGOS						PARAFISCALES										
ı	EPS Destino	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Valor Cotización	Administradora	Días	IBC	Tarifa	Clase Riesgo	Valor Cotización	Días	IBC	Tarifa SENA	Valor Cotización SENA	Tarifa ICBF	Valor Cotización ICBF	Tarifa ESAP	Valor Cotización ESAP	Tarifa MEN	Valor Cotización MEN	Exonerado SENA e ICBF
97,700						$0						$19,100				$0		$0		$0		$0	
97,700						$0						$19,100				$0		$0		$0		$0	
97,700						$0						$19,100				$0		$0		$0		$0	
97,700			0	$0	0%	$0	ARP SURA (ANTES SURATEP)	30	$781,242	2.436%	3	$19,100	0	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	0%	$0	No
97,700						$0						$19,100				$0		$0		$0		$0	

PAGADO

2018/07/17 07:40 a.m.