| 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 | ALCALDIA 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 | | | **7 DE 7** | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1249 | FECHA | 27/07/2018 | **NÚMERO DE CRP** | 32410 | **FECHA** | 31/07/2018 | | | |
| 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 | 8 | 2018 | | 31 | 8 | 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: | $8.626.982 |
| VALOR EJECUTADO | $8.626.982 |
| **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 del**mínimo**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8482232941 | $781,24 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

Dado en Bogotá a los días del mes de AGOSTO 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**

| 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:** | ABASTOS SUU 39 | | | **Sede: KENNEDY** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 0499-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 8 | 2.018 | | 31 | 8 | 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 Secretaria 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/Sifilis, 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 Secretaria 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 Secretaria Distria del Salud | Acta y listado de asistencia. |
| Consolidar y fortalecer grupos de lideres 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 Resumen

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 |
| 2018-08 | 2018-08 | 04221968 | 8482232941 | I | 2018/08/13 | 2018/08/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $241,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | tma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |
| 1 | CC | 1030631848 | KAYON ELKIN | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $781,242 | $125,000 | EPSC34 | 30 | $781,242 | $97,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-28 | 30 | $781,242 | $19,100 | 0 | $0 | $0 | No | $241,800 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $781,242 | $125,000 | | | $781,242 | $97,700 | | | $0 | $0 | | | $781,242 | $19,100 | | $0 | $0 | | $241,800 |


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 |
| 2018-08 | 2018-08 | 04221968 | 8482232941 | I | 2018/08/13 | 2018/08/08 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $241,800 |


**RESUMEN DE PAGO**

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