| Secretaría Distrital 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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 79.978.740 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | migpini030527@gmail.com | | | | CELULAR: | 3165245861 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | UNIDAD KENNEDY | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | INVENTARIOS | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | KE10R14 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590324872 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 1029 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 31 | FECHA | 8/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 11507 | FECHA | 31/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el la direccion administrativa 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: | $1.623.952 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | NO | | | | | | | |

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: | $4.871.856 |
| VALOR EJECUTADO | $1.623.952 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.623.952 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.247.904 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

**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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8348188927 | $908.526,00 | $113.600 | $145.400 | 3 | $22.200 | **$281.200** |

Dado en Bogotá a los (28) días del mes de Febrero del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**DORA LUCIA HENAO PEÑA**
**DIRECTORA ADMINISTRATIVA**
**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO**

**MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ**
**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 |
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| | | Código | 04-02-FO-0003 |
| | | | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | UNIDAD KENNEDY | | | **Sede:** KENNEDY | | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 1029 | **Periodo certificado desde el** | | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | | 1 | 2 | 2.021 | | 28 | 2 | 2.021 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ | | | C. C. | 79.978.740 | | DE | BOGOTA | | | |

**OBJETO DEL CONTRATO:Prestar servicios de poyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el la direccion administrativa 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 ____ NO ____ **Servicios:** SI __X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Apoyar en la entrega y verificación de los pedidos hechos por las diferentes dependencias de la institución. | PROGRAMADO | Se apoyo la entrega de los diferentes insumos de acuerdo a las solicitudes de los servicios | Se verificaron y entregaron los pedidos de los diferentes servicios. |
| 2. Apoyar con la elaboración del listado actualizado de los elementos de baja rotación. | PROGRAMADO | Apoye al encargado del almacen en la revision de los elementos de baja rotacion | Sedio un informe de los diferentes productos con baja rotacion. |
| 3. Recepción de facturas, comparándolas contra las remisiones entregadas por el auxiliar de terreno. de los contratos de odontologia, laboratorio clinico, papeleria e insumos médicos | PROGRAMADO | Recepcione las diferentes facturas, de los servicios de odontologia, laboratorio y papeleria | Entregue las diferentes facturas previamente revisadas al encargado del almacen |
| 4. Apoyar el diligenciamiento de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. | PROGRAMADO | Se registra coherentemente bajo actas los bienes asignados bajo mi responsabilidad para su respectiva entrega al servicio. | Se anexan actas a los comprobante y se archivan. |
| 5. Apoyar la realización de la ejecución de contratos, vigilando la recepción de los mismos y registrándolos. | PROGRAMADO | Apoye la ejecucion de los contratos de acuerdo a los terminos y condiciones de cada uno | Se hizo entrega de un informe de los contratos de acuerdo a su estado actual. |
| 6. Depurar la información de los comodatos y entregas de convenios. | NO PROGRAMADO | | |
| 7. Realizar la verificación y recepción de los pedidos y las facturas pertinentes a la recepción de pedidos de las unidades. | PROGRAMADO | Se verifico las especificaciones tecnicas de los insumos entregados en el almacen. | Bajo remision y orden de pedido se corroboran los insumos entregados. |
| 8. Enviar escaneada y fisicamente las facturas efectivamente recibidas por su unidad, al almacén central para su verificación e incorporación al sistema. | PROGRAMADO | Una vez verificada la factura, se realizo el escaneo y envio al correo asignado para las facturas. | Se envian facturas al almacen central para su respectivo ingreso. |
| 9. Realizar la planeación y organización logistica para la entrega de insumos a los servicios asistenciales y administrativos de cada unidad. | PROGRAMADO | Se verifica junto con el tecnico de almacen las existencias de insumos y consolidacion de pedidos, para programar los recorridos. | Se archivan los soporte de recibido. |
| 10. Elaborar proyección de entrega de insumos medico quirúrgicos, medicamentos y demás insumos en forma quincenal al servicio farmacéutico. | NO PROGRAMADO | | |
| 11. Generar proyección de entrega de insumos medico quirúrgicos, medicamentos y demás insumos en forma quincenal al servicio farmacéutico. | NO PROGRAMADO | | |
| 12. Realizar toma de inventarios aleatorios de forma mensual, semestral y anual, de acuerdo a la norma. | PROGRAMADO | Se realizo un aleatorio para verificar las cantidades en existencia vs sistema. | Se archiva en AZ con el respectivo punteo de los aleatorios designados. |
| 13. Realizar la recepción, custodia, seguimiento, control y dispensación, de todos y cada uno de los insumos y elementos ingresados a cada almacén. | PROGRAMADO | Se realizo recepcion, custodia, seguimiento, control y dispensacion de los insumos entregados en el almacen. | Se mantiene el control y gestion de insumos existentes en el almacen. |
| 14. Coadyuvar al cumplimiento de la gestión institucional, mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidos en los procesos del área. | PROGRAMADO | Se contribuyo en verificar y cumplir con los respectivos procedimientos que realizo en el area de almacen. | Se generan los respectivos soportes para verificacion de las actividades innerentes al almacen. |
| 15. Promover el cuidado y custodia del patrimonio Institucional. | PROGRAMADO | Se mantiene un constante cuidado de los elementos que proporciona la institucion para el desempeño de las actividades. | Se mantiene un cuidado constante de los elementos |
| 16. Desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestión Documental. | PROGRAMADO | Se registra bajo folio los respectivos soportes que sustenta almacen para las entregas realizadas a los servicios o unidades. | Se archiva los comprobantes generados en el mes. |
| 17. Las demás que sean asignadas y que sean inherentes a las actividades. | PROGRAMADO | Se gestiono y se programo las respectivas actividades de almacen para llevar acabo el cumplimiento de entregas solicitadas. | Se lleva soportes de actividades realizados por el area de almacen. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.623.952 UN MILLON SEISCIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS M/CTE.**

| | |
|---|---|
| MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ<br>CC 79.978.740<br>CARGO AUXILIAR ADMINISTRATIVO II | DORA LUCIA HENAO PEÑA<br>DIRECTORA ADMINISTRATIVA |

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

**Señor(es):** MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ
**Nit:** CC 79978740
**Dirección:** KR 2H 37 A 39 SUR
**Teléfono:** 3673402 **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 | MIGUEL ARTURO PINILLA G |
| Tipo y número de identificación | 79978740 |
| Número de radicación planilla | 8348188927 |
| Fecha de pago | 2/8/2021 |
| Número de autorización de pago | 1000000467 |
| Banco | 1001 |
| 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 |
| 231001 | Colfondos | $145.400 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $113.600 | 1 |

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

compensar | miplanilla.com

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| DATOS DEL AFILIADO | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | VALOR IBC | | | | | | LIQUIDACION DE APORTES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | TIPO | NUMERO | APELLIDOS Y NOMBRES | COD EPS | COD AFP | COD CAJA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | NUEVA EPS | NUEVA AFP | IBC SALUD | IBC PENSION | IBC CAJAS | IBC RIESGOS | SUBTIPO COTIZANTE | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | COTIZ PENSION | FONDO SOLIDAR PENSION | APORTE VOLUNT PENSION | COTIZ SALUD | UPC ADICIONAL |
| 1 | CC | 79978740 | PINILLA GOMEZ MIGUEL ARTURO | EPS008 | 231001 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 908.526 | 908.526 | 0 | 908.526 | 0 | | | 145.400 | 0 | 0 | 113.600 | 0 |

PENDIENTE POR PAGO

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ**

**C.C 79.978.740 DE Bogotá**

La suma de ($1.623.952) UN MILLON SEISCIENTOS VEINTITRES MIL NOVECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS, por concepto de: pago de honorarios por la prestación de servicios durante el periodo del 1 al 28 de febrero de 2021 como auxiliar administrativo II de la sede USS Kennedy de la dependencia de almacén de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1029

**MIGUEL ARTURO PINILLA GOMEZ**

**C.C.79.978.740 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO** 7590324872