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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ONOFRE CELIS HERNANDEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.353.578							
CORREO ELECTRONICO:	oncel9632@gmail.com				CELULAR:	3138654301							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	USS ABASTOS												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ALMACEN SUR				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU55R14	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488413005130								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4745			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1		
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	1/08/2021	NÚMERO DE CRP	15036	FECHA	31/01/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en 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:	$1.916.437								
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:	$5.749.311
VALOR EJECUTADO	$1.916.437
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.916.437
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.832.874
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9415898429	$908.526	$113.566	$145.364	3	$22.200	**$281.130**

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

ONOFRE CELIS HERNANDEZ
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:	ALMACEN					**Sede: SUR**				
No. DE CONTRATO:	4745	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**	
			1	2	2.021		28	2	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ONOFRE CELIS HERNANDEZ		**C. C.**			79.353.578	**DE**	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como REGENTE en el area de Almacen dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institucion.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar er la búsqueda de estfaiegias que garanticen ¢n adecuado ingreso, egreso, almacenamiento y organización de las productos en el almacén de la unidad respectiva	PROGRAMADO	Se sugiere llevar un protocolo de ingreso de productos iniciando por revisar los documentos realizar un adecuado almacenamiento sitema fefo, se solicita salida de almacen.	alistamiento y entrega de productos
2. Apoyar al almacén papa poder garantizar el desarrollo de un sistema óptima de distribución de insumos er la subred	PROGRAMADO	se alistan los productos de acuerdo a la solicitud	entrega total de los productos relacionados.
3. Apoyar al almacén er el proceso de suministro de insumas medico quirúrgicas en lo competente al servicio farmacéutico y consulta externa.	PROGRAMADO	llevar los productos en un adecuado empaque para evitar deteriodo de los mismos.	entrega a satisfacción de los productos a las areas de solicitud
4. Realizar er el almacén el control de inventarios y seguimiento a dispensación de insumos al servicio.	PROGRAMADO	conteos aleatorios de algunos productos.	control de inventario en tiempo real
5. Realizar revisión y consolidar información de insumos medica quirúrgicas dispensada a lravés del servicio farmacéutico del hospital, desde el almacén.	PROGRAMADO	llevar control de las entregas de insumos, realizar una entrega coordinada.	entreegar dispositivos e insumos de acuerdo a lo solicitado.
6. Apoyo er la supervisión de dispensación de insumos a los diferentes pacientes que realiza los auxiliares de farmacia e información del personal de farmacia.	NO PROGRAMADO	N/A	N/A
7. Realizar la determinación de cantidades de dispositivos medico quirúrgicas según las solicitudes presentadas	PROGRAMADO	alistar los productos de acuerdo a lo solicitado	control de inventario de dispositivos medicos.
8 Revisar y realizar el alistamienlo y entrega de los dispositivos medica quirúrgicos, segun sdicitud de los diferentes servidas asistenciales.	PROGRAMADO	cantidades de acuerdo a lo solicitado	cantidades exactas según la solicitud
9. Promover las normas y politica dd área, para d manejo de los insumos en los diferentes servicios de la institución	PROGRAMADO	controlar un adecuado almacenamiento de los productos en el almacen.	productos en excelente estado
10. Realizar y/o recibir pedida de dispositivos medica quirúrgicos para el funcionamiento del servioa, garantizando el suministro pemanente.	PROGRAMADO	realizar una adecuada recepcion técnica	cantidades exactas de acuerdo a la factura
11. Realizar y revisar los conteos selecivos de dispositivos medico quirúrgicos para s¢ respecóvo control, y sus fechas de vencimiento	PROGRAMADO	conteos aleatorios diarios	control adecuado del inventario
12 Informar oportunamente de las faltas y fallas encontradas en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.	PROGRAMADO	tener buena comunicación con el lider	trabajo en equipo
13. Apoyar al área de inventarios en el proceso de codificación de facturación de medicamentos e insumas medico quirúrgicos	PROGRAMADO	realizar las salidas con los codigos correctos de los productos	control de inventarios de los mismos
14. Apoyar al supervisor de contratos del área de inventarios para la adecuada supervisión y ejecución de los contratos asignados al área	PROGRAMADO	tener una adecuado almacenamiento de los productos	facil conteo de los productos.

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA DOS (03) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 1.916.437) UN MILLON NOVECIENTOS DIECISEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SIETE PESOS m/cte

ONOFRE CELIS HERNANDEZ
CC: 79.353.578
REGENTE

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

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79353578		CELIS HERNANDEZ ONOFRE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 23 D N°96F-20 APTO 105	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7532892	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-01	2021-01	9210472156337209	94158988429	I	2021/02/17	2021/02/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,400	$0	$0	$145,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$145,400	$0	$0	$145,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$22,200	$0	$0	$22,200
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$22,200	$0	$0	$22,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$113,600	$0	$0	$113,600
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$113,600	$0	$0	$113,600
TOTAL				**1**	**$281,200**	**$0**	**$0**	**$281,200**

2021/02/16 09:21 AM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Onofre Celis Hernández

C.C 79.353.578 de Bogotá

La suma de $1.916.437, por concepto de: prestación de servicios como Regente en el área de almacén en la sede SUR durante el periodo de 01 al 28 de febrero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4745

ONOFRE CELIS HERNÁNDEZ

C.C.79.353.578 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 488413005130