167175

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		3				
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8/01/2021	NÚMERO DE CRP	11303-15892	FECHA	31/01/2021-16/02/2021			
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									
PERÍODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2021		30	4	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	$5.749.311
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.916.437
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 **$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
9418127682	$908.526	$113.566	$145.364	3	$22.200	**$281.130**

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de abril del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIEGO CAMILO SIERRA RAMIREZ
Almacenista General

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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		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**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	4	2.021		30	4	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 estlalegias que garanticen gn 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 través 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 alistamiento 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

Diego Camilo Sierra R.
Director Jr. Gerencia

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	Dirección	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	Días Mora	Valor
2021-03	2021-03	4113687	9418727682		2021/04/21	2021/04/16	BANCO DE OCCIDENTE	0	$281,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0
1	CC 79353578	CELIS ONOFRE	25-14	30	$908,526	$145,400	EPS017	30	$908,526	$113,600		0	$0	$0	14-11	30	$908,526	$22,200	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$908,526	$145,400			$908,526	$113,600			$0	$0			$908,526	$22,200		$0	$0

2021/04/16 01:12 PM

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
2021-03	2021-03	44113687	9418127682	I	2021/04/23	2021/04/16	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

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 30 de abril 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