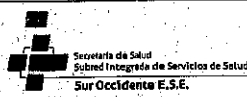


777776

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA	Versión	3	
		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			
NÚMERO 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				4							
NÚMERO DE CDP		598		FECHA		23/04/2021		NÚMERO DE CRP		24975		FECHA		30/04/2021	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección 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		DÍA	MES	AÑO	HASTA		DÍA	MES	AÑO
						1	5	2021			31	5	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.916.437									
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		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:	\$7.665.748
VALOR EJECUTADO	\$7.665.748
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:

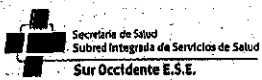
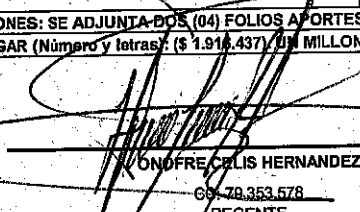
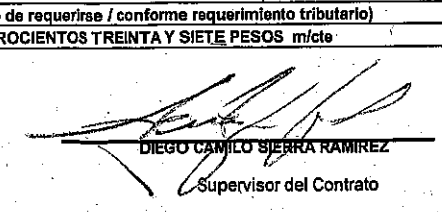
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9419331250	\$908.526	\$113.566	\$145.364	3	\$22.200	\$281.130

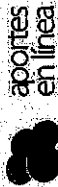
Dado en Bogotá a los 31 días del mes de mayo del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


DIEGO CAMILO SIERRA RAMIREZ
 Almacénista General


ONOFRE CELIS HERNANDEZ
 CONTRATISTA

		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 2 Fecha de aprobación: 3/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	
Ubicación del Servicio: ALMACEN		Sede: SUR			
No. DE CONTRATO: 4745		Período certificado desde el		Día: 1 Mes: 5 Año: 2021	Día: 31 Mes: 5 Año: 2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA: ONOFRE CELIS HERNANDEZ		C. C. 79.353.578		DE BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como REGENTE en el área de Almacén 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 institución.					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☒ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar en la búsqueda de estrategias que garanticen un adecuado ingreso, egreso, almacenamiento y organización de los 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 sistema feo, se solicita salida de almacén.		alistamiento y entrega de productos
2. Apoyar al almacén para poder garantizar el desarrollo de un sistema óptimo de distribución de insumos en la subred		PROGRAMADO	se alistan los productos de acuerdo a la solicitud		entrega total de los productos relacionados.
3. Apoyar al almacén en el proceso de suministro de insumos médicos quirúrgicos en lo competente al servicio farmacéutico y consulta externa.		PROGRAMADO	llevar los productos en un adecuado empaque para evitar deterioro de los mismos.		entrega a satisfacción de los productos a las áreas de solicitud
4. Realizar en 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 médicos quirúrgicos dispensada a través del servicio farmacéutico del hospital, desde el almacén.		PROGRAMADO	llevar control de las entregas de insumos, realizar una entrega coordinada.		entregar dispositivos e insumos de acuerdo a lo solicitado.
6. Apoyo en 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 médicos quirúrgicos según las solicitudes presentadas		PROGRAMADO	alistar los productos de acuerdo a lo solicitado		control de inventario de dispositivos médicos.
8. Revisar y realizar el alistamiento y entrega de los dispositivos médicos quirúrgicos, según solicitud de los diferentes servicios asistenciales.		PROGRAMADO	cantidades de acuerdo a lo solicitado		cantidades exactas según la solicitud
9. Promover las normas y políticas del área, para el manejo de los insumos en los diferentes servicios de la institución		PROGRAMADO	controlar un adecuado almacenamiento de los productos en el almacén.		productos en excelente estado
10. Realizar y/o recibir pedidos de dispositivos médicos quirúrgicos para el funcionamiento del servicio, garantizando el suministro permanente.		PROGRAMADO	realizar una adecuada recepción técnica		cantidades exactas de acuerdo a la factura
11. Realizar y revisar los conteos selectivos de dispositivos médicos quirúrgicos para el respectivo control, y sus fechas de vencimiento		PROGRAMADO	conteos aleatorios diarios		control adecuado del inventario
12. Informar oportunamente de las fallas y fallos encontrados en el desarrollo de los procesos y procedimientos del servicio.		PROGRAMADO	tener buena comunicación con el líder		trabajo en equipo
13. Apoyar al área de inventarios en el proceso de codificación de facturación de medicamentos e insumos médicos quirúrgicos		PROGRAMADO	realizar las salidas con los códigos 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 un adecuado almacenamiento de los productos		facil conteo de los productos.
OBSERVACIONES: SE ADJUNTA DOS (04) 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 C.C. 79.353.578 REGENTE			 DIEGO CAMILO SIERRA RAMIREZ Supervisor del Contrato		

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



Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Situación Principal		Dirección		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA			
Identificación: 67		Razon Social: CENSA		Planilla: 1		CALLE 23 D N 94-20 APT 05		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		752292		No			
C.C. 7203578		CENSA HERNANDEZ GONZALEZ		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.		752292		No			
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN															
A. Período		Clave		Tipo		Fecha		Pago		Días Mora		Valor			
2021-04		5419354250		Planilla		2021-05-20		2021-05-20		BANCO DE OCCIDENTE		5281.200			
LIQUIDACIÓN DETALLADA DE APORTES															
EMPLEADO		PENSION		SALUD		CCE		IRCSGOS		PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombres	Código	Días	IBS	Código	Días	IBS	Código	Días	IBS	Código	Días	IBS	Adonde
Subtotal: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)															
Ciudad: BOGOTÁ Dpto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)															
C.C. 7203578 CELS GONZALEZ 15-11-19															
Total Afiliados (1)															

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		Clase Aportante		Recursos Principales		Dirección		Ciudad-Departamento		Teléfono		Económico SENIA	
Identificación	Apellido	Clase Aportante	Clase Aportante	Recursos Principales	Recursos Principales	Dirección	Dirección	Ciudad-Departamento	Ciudad-Departamento	Teléfono	Teléfono	Económico SENIA	Económico SENIA
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION													
Periodo	Salud	Clave	Periodo	Clave	Periodo	Clave	Periodo	Clave	Periodo	Clave	Periodo	Clave	Periodo
2021-04	2021-04	00000000000000000000	2021-04	00000000000000000000	2021-04	00000000000000000000	2021-04	00000000000000000000	2021-04	00000000000000000000	2021-04	00000000000000000000	2021-04
RESUMEN DE PAGO													
RIESGO		CODIGO		NIT		DV		AFILIADOS		VALOR LIQUIDADO		INTERESES MORSA	
APR (ADMINISTRADORAS: 1)													
COPIACIONES													
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)													
ARL SUPA													
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)													
FAMILIAR													
TOTAL													

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

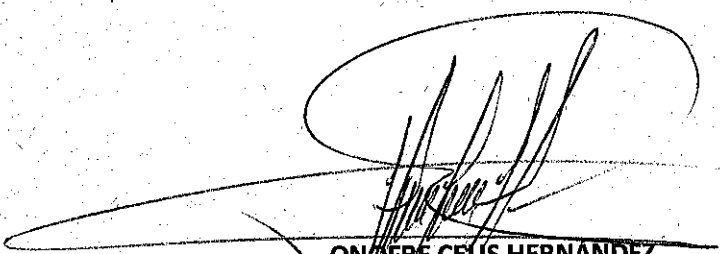
NIT: 900.959.048-4

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 31 de mayo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4745



ONOFRE CELIS HERNANDEZ
C.C.79.353.578 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488413005130

