188423

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1125468528						
CORREO ELECTRONICO:	gutierrezhumberto831@gmail.com				CELULAR:	3203581403						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09K27											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO09K27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24096390995								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5968-2021		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	721	FECHA	5/20/2021	NÚMERO DE CRP	29605	FECHA	5/26/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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. GESTOR COMUNITARIO								

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,395,242								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%			$0				

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:	$1,674,290
VALOR EJECUTADO	$1,395,242
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,395,242
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$279,048
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo valor de los aportes al sistemas de seguridad social en salud y pensionespagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2'271.315, el valor para IBC debe ser sobre un salario minimo Legal Vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edgar H. Gutierrez R

EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ
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	3/4/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	PIC - FO09k27		**Sede: Fontibón**						
DE CONTRATO: 5968-2021		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2021		30	6	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ		**C. C.**	1,125,468,528		**DE**	MITU VAUPES		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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 __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	• Búsqueda activa de personas víctimas del conflicto armado con pertenecia étnica indígena • Identificación de riesgos o alteraciones en salud en población indígena • Orientación acerca de medidas y cuidados en casa en el marco de la emergencia sanitaria • Definición y alistamiento del plan de temáticas y contenidos a implementar en las familias	*Actas *Revision de anexo operativo *Revision de la caja de herramientas *Documento de alistamiento del plan de tematicas y contenidos
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	• Elaboración de cronograma mensual • Elaboración y radicación del plan de trabajo • Alistamiento de Matriz de seguimiento diario • Informe mensual de actividades que dé cuenta de las actividades realizadas en coherencia con el cronograma y plan de trabajo • Soportes de la intervención realizada en situaciones emergentes que por la dinámica de la población y su vulnerabilidad se requiera	*Cronograma mensual *Elaboracion y radicacion del plan de trabajo *Revisiony ajuste de matriz de seguimiento *Informe mensual *Actas de Intervencion en situaciones emrgentes
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras). Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Se realiza de acuerdo a los requerimientos de la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente,	Se realiza de acuerdo a los requerimientos de la subred
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Se realiza la respectiva activacion de rutas y notificaciones según necesidad de la poblacion	*Se hace entrega de actas y formatos de activacion de ruta y canalización
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Se realizó alistamiento y entrega de productos del mes de Julio en completo orden y según requerimientos de la SDS	Entrega de todos los soportes relacionados en el anexo operativo
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	Se realizo la respectiva socilización de formatos y casos según demanda	*Se hace entrega de actas y formatos de activacion de ruta y canalización
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se realizo la respectiva socilizacion y remision de casos según demanda y abordados en el marco de la emergencia sanitaria	*Actas y alistamiento de soportes
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Se realizó la entrega de soportes magneticos que soportan las acciones contractuales del mes de julio	*Los soportes se realizan via correo electónico con copia a la coordinación general.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Se realiza ajuste a los productos del mes, de acuerdo a las observaciones de la coordinación general	*Se hace entrega via correo electronico con recibido
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se realiza entrega de documento de informe mensual según requerimiento de la coordinacion general para el mes de julio	*Los soportes se realizan via correo electónico con copia a la coordinación general, SDS y supervirora de contrato
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participacion en jornada de asistencia tecnica convocada por la SDS	Actas y listado de asistencia
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada.	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Se realiza según disponibilidad y requerimientos del equipo	Se realiza según disponibilidad y requerimientos del equipo

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ 1.395.242 UN MILLON TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS

Edgar H. Gutiérrez R.

CONTRATISTA:

EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ CC: 1125468528

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.

DOCUMENTO EQUIVALNTE No 6/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ

C.C 1125468528 DE MITU-VAUPES

La suma de Un millón Trescientos Noventa y Cinco mil Doscientos Cuarenta y Dos Pesos $1.395.242, por concepto de: PRESTAR SERVICIOS COMO GESTOR COMUNITARIO durante el periodo de 01 al 30 de junio 2021. En conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **5968-2021**

Edgar H Gutierrez R.

EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ

C.C 1125468528 DE MITU-VAUPES

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24096390995

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.125.468.528**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 13 de Julio del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1125468528** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1125468528
NOMBRES Y APELLIDOS	EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	15/01/2014
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	302
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	21

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **12/07/2021**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

VIGILADO Supersalud

ARL | sura

Medellín, 13 de julio de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1125468528 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 26/05/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C11254685282119434101

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/07/2021 9.28 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14660239155

(415)7707212489984(8020) 000001466023915 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1125468528	0	Impuestos de Bogotá 32	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de ciudadania 13	1125468528	2004 12 22

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	169	Vaupés 97	Mitú 001

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUTIERREZ	RAMIREZ	EDGAR	HUMBERTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 169	Bogotá D.C. 11	Bogotá, D.C. 001

41. Dirección principal: CR 13 F 32 G 09 SUR

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
edgar.0202@hotmail.com		3103254124	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8299	2009 08 21						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	49																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código:										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2019 09 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Edgar H. Gutierrez R.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ARIAS ARIAS NIDIA CAROLINA

985. Cargo: Punto de Contacto Presencial

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

EDGAR HUMBERTO GUTIERREZ RAMIREZ Identificado con CC 1125468528

Actualmente tiene(n) Cuentamiga, radicado(a) en la oficina PLAZA DE BOLIVAR, con las siguientes características:

Número:	24096390995
Fecha de apertura:	27 de Agosto de 2019
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a QUIEN INTERESE , el 18 del mes Junio de 2021.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO Superintendencia Financiera | Banco Caja Social

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.125.468.528**

GUTIERREZ RAMIREZ

APELLIDOS

EDGAR HUMBERTO

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-FEB-1986**

MITU
(VAUPES)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.59 **O+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

22-DIC-2004 MITU

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-6800100-01141561-M-1125468528-20200612 0070911609A 3 9912148540