(20)

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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GERARDO HENAO MONTES												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	19.438.219							
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	322 4830238							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIOS GENERALES				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10-R13												
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	500096649									PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1142-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	31	FECHA	8-ene-21	NÚMERO DE CRP	15859	FECHA	16-feb-21			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2021		30	4	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.422.440									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.545.454
VALOR EJECUTADO	$4.267.320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.422.440
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.278.134
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
49458115	$ 908,526	$113.566	$145.400	3	$22.200	**$281.166**

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

STEWART AUGUSTO CRUZ FAJARDP
NOMBRE y FIRMA PROFESIONAL ESPECIALIZADO

GERARDO HENAO MONTES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	9/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS GENERALES						Sede: USS KENNEDY			
No. DE CONTRATO:	1142-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	4	2.021		30	4	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HENAO MONTES GERARDO		C. C.		19.438.219	DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratistá a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relacion con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes al sistema de seguridad social integral durante la ejecucion del presnete contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros dias calendario de cada mes.	100%	Recolectar ropa sucia de los diferentes servicios y llevarla al Deposito de ropa	Planillas de ropa
5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de lós recursos del sistema integrado de gestion de la Subred Surooccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y slaud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno acorde al desarrollo de las actividades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, sistema único de acreditación y sistema de información.	100%	Clasificar y contar la ropa por grado de suciedad y entregarla a la Empresa contratista.	Planillas de ropa
8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del sistema único de acreditación: gestión del riesgo, humanización de la atención, trasnformación natural, gestión clínica excelente y segura, gestión d ela tecnologia, atención centrada en el usuralo y responsabilidad social acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las politicas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos,planes, programas, procesos y responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o preventivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	100%	Transportar y distribuir la ropa limpia en los diferentes servicios. ***(Por su condición medica en salud se restringe actividades presenciales, se genera certificado de aislamiento preventivo teniendo en cuenta el boletín 126 del 2020 del Ministerio de Salud con número de resolución 464 del 2020 paciente cumple con diagnósticos allí mencionados en la circular. Por instrucciones administrativas se envia para aislamiento).***	Planillas de ropa
11. Preparar y presnetar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencionalidad de los mismos. 12. Asitir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales programados por el contratante y por las entidades autorizadas por éste con el fin de contribuir con al desarrollo de las actividadesnecesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar d emanera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecuciñon de las responsabilidades asignadas.	100%	Recibir la ropa limpia que viene del proceso del lavado de la Empresa Contratista.	Planillas de ropa
14. El contratista se compromete a salvaguardar la imagen institucional, cualquier objeción o pronunciamiento alguno que hiciere con el conocimiento y consentimiento de la E.S.E. que comprometa el buen nombre d ela Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ltos conlleve. 16. El contratista cuando existe una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenirel sector salud, d ebe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contractual.	100%	Lavado y desinfeccion de carros transportadores de ropa sucia.	Planillas de ropa

OBSERVACIONES: Como esta escrito en el numeral **(17)** en las obligaciones contractuales, y en el nuevo contrato que tiene como **Objeto: (Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos)** por lo anterior durante el mes realizo actiaviadesde apoyo en el area de lavanderia.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTIDOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS M / L. ($1.422.440.oo)

GERARDO HENAO MONTES C.C. 19.438.219

Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobacion expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19438219	GERARDO HENAO MONTES		cl 38 c sur no 78 - 24	2733437	gh679431@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	07/04/2021	49458115	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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

Bogotá DC 23 de marzo de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO _X_ cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO__X___ cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO __X__
5. SI _____ NO __X__ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X__ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $__0_____
8. Solicito SI _____ NO ___X____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI ___X__ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO __X__

Atentamente

NOMBRE: GERARDO HENAO MONTES FIRMA

C.C. 19.438.219

UNIDAD KENNEDY

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GERARDO HENAO MONTES

C.C 19.438.219 DE Bogotá

La suma de un millón cuatrocientos veintidós mil cuatrocientos treinta y nueve pesos 1.422.440 por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN LA UNDIAD DE KENNEDY durante el periodo de 01 de abril al 30 abril 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1142-2021

GERARDO HENAO MONTES

C.C.19.438.219 DE 2020

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 500096649