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:	JEISSON FERNANDO LOPEZ GUZMAN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,020,803,869						
CORREO ELECTRONICO:	eisson.lopez539@gmail.com				CELULAR:	3209649824						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					USS FONTIBON							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAMILLERO				SEDE:	FONTIBON FO01						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03B01	25	FO03C01	25	FO03I06	25	FO03J02-CV19	25				
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	0550488401917569								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6353-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2					
NÚMERO DE CDP	1102	FECHA	22/07/2021	NÚMERO DE CRP	42325	FECHA	31/07/2021				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/ O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE 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	8	2021		31	8	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES: HORA	$7.231										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%	NO APLICA								

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. **180 HORAS JULIO + 192 HORAS DE AGOSTO**. Para efectos de retencion en la fuente me acojo al Articulo 383 de ET. Se anexa certificacion bancario por cambio de la entidad financiera.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.689.932
VALOR EJECUTADO	$2.689.932
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.388.352
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 $ 2.271,315,00, 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
52529845	$ 908.526	$113.566	$145.364	3	$22.132	**$281.062**

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

Cordialmente;

RODOLFO DUARTE CELY
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEISSON FERNANDO LOPEZ GUZMAN
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAMILLERO			**Sede: UNIDAD FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	6353-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	a	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEISSON FERNANDO LOPEZ GUZMAN		**C. C.**	1,020,803,869			**DE**	BOGOTA D.C.	

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/ O ASISTENCIAL EN EL AREA DE ENFERMERIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRE INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área,	100%	Apoyo al profesional del servicio en las actividades del área,	CUANDO SE REQUIERAN
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas,	100%	Apoyo a los pacientes en sus necesidades básicas,	PRESTACION DEL SERVICIO
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,	100%	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,	REGISTRO NOTAS EN EL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención,	100%	Retroalimento a la supervisión dificultades del proceso de atención,	CUANDO SE REQUIERAN
Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	100%	Asesoro al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	CUANDO SE REQUIERAN
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,	100%	Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	100%	Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,	100%	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	100%	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila)
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	100%	Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	CUANDO LO REQUIERAN

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	**$ 1.388.352**	**UN MILLON TRESCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS MONEDA CORRIENTE**

JEISSON FERNANDO LOPEZ GUZMAN
C.C. 1,020,803,869

RODOLFO DUARTE CELY

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	1020803869	JEISSON FERNANDO LOPEZ GUZMAN	CALLE 60 C SUR # 18 A 35	0000000	JEISSON.LOPEZ539@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-07	2021-07	I	09/08/2021	52529845	TOTAL A PAGAR	
					$299.600	

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	113.700	0		0		0	0	0	0	113.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.500	0	0	0	0	0	0		145.500	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
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	18.200	0	0	18.200	1

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	113.700	113.700
Pensión	1	145.500	145.500
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	1	18.200	18.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	299.600	299.600

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