| 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. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1023954059 | | | | | | |
| | AD2921909@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3135416097 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA | | | | SEDE: | Pablo VI | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | PA16M05 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 30000021349- | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2536-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8 DE 8 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1325 | FECHA | 21/08/2027 | NÚMERO DE CRP | 46046 | FECHA | 21/08/1931 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 9 | 2021 | | 30 | 9 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.778.049 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $14.224.392 |
| VALOR EJECUTADO | $14.224.392 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1.778.049 |
| 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 **minimo** 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **9423204646** | $908.526 | $113.600 | $145.400 | 4 | | **$259.000** |

**Dado en Bogotá a los (30) dias del mes de (septiembre) del año Dos mil ventiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente.**

Cordialmente

SANDRA LORENA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ
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 | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-003 | |

| Ubicación del Servicio: | FARMACIA | | Sede: Pablo VI | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 2536-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 9 | 2.021 | | 30 | 9 | 2.021 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ | | C. C. | 1.023.954.059 | | DE | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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 |
|---|---|---|---|
| Realizar recorridos diarios conforme a la planilla de devoluciones de Medicamentos Cerca a Casa | SI | Realizar recorridos diarios conforme a la planilla de devoluciones de Medicamentos Cerca a Casa | Planilla de recorrido diarios con visitas confirmados y con no realizadas según motivo de devolucion. |
| Garantizar el buen estado del vehiculo motor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad | SI | Garantizar el buen estado del vehiculo motor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad | Garantizar el buen estado del vehiculo motor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad. |
| Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del área | SI | Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del área | Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del área. |
| Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor. | SI | Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor. | Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor. |
| Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecánica o accidente de tránsito que ocurra con el vehiculo motor | SI | Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecánica o accidente de tránsito que ocurra con el vehiculo motor | Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor. |
| Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la institución | SI | Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operacion eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la institución | Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecánica o accidente de tránsito que ocurra con el vehiculo motor. |
| Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital | SI | Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital | Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la institución. |
| Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad | SI | Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad | Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital. |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de Bioseguridad | SI | Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de Bioseguridad | Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato | SI | Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato | Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de Bioseguridad. |
| Responder de forma integral por las infracciones de tránsito que le impongan en el desarrollo de su actividad | SI | Responder de forma integral por las infracciones de tránsito que le impongan en el desarrollo de su actividad | Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato. |
| Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido | SI | Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido | Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido. |
| Además de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa, negligencia o impericia en la ejecución de los servicios pactados en las cláusulas del presente contrato | SI | Además de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa, negligencia o impericia en la ejecución de los servicios pactados en las cláusulas del presente contrato | Además de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa, negligencia o impericia en la ejecución de los servicios pactados en las cláusulas del presente contrato. |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.778,049) UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CUARENTA Y NUEVE PESOS M/C

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ

Fecha 30/09/2021 Firma de recibido supervisor:

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

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023954059 | | ORTIZ DIAZ MANUEL ARMANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 52 A SUR 4 - 88 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5243102 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 1086243390 | 9423204646 | I | 2021/09/14 | 2021/08/06 | BANCOLOMBIA | 0 | $277,200 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | | $277,200 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | | $277,200 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | | $277,200 |
| 1 | CC | 1023954059 | ORTIZ MANUEL | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS017 | 30 | $908,526 | $113,600 | CCF22 | 30 | $908,526 | $18,200 | | 0 | $0 | $0 | 30 | $0 | $0 | No | $277,200 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $908,526 | $18,200 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | | $277,200 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1023954059 | | ORTIZ DIAZ MANUEL ARMANDO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CALLE 52 A SUR 4 - 88 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 5243102 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-08 | 2021-08 | 1086243390 | 9423204646 | I | 2021/09/14 | 2021/08/06 | BANCOLOMBIA | 0 | $277,200 |


**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 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $18,200 | $0 | $0 | $18,200 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 1 | $18,200 | $0 | $0 | $18,200 |
| 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** | **$277,200** | **$0** | **$0** | **$277,200** |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

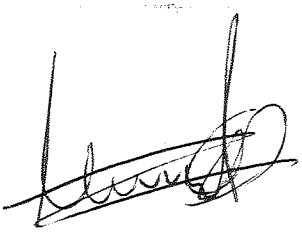
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ

C.C 1023954059 DE BOGOTA

La suma de un millón setecientos setenta y ocho mil cuarenta y nueve pesos m/cte. (1.778.049) por concepto de: prestación de servicios como mensajero motorizado en la unidad de servicios de salud Pablo VI durante el periodo de 01 al 30 de septiembre del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2536-2021



MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ

C.C 1023954059 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 30000021349