Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

#¿NOMBRE?

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Jairo Andres Castañeda Alonso											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012344866						
CORREO ELECTRONICO:	jairivo1911@hotmail.com				CELULAR:	3123210447						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**CAPS ZONA FRANCA FO08**							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION CLINICA AMBULATORIA (CAPS ZONA FRANCA FO08)				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO08M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	033-000409-68								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**2629-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**6**			
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	**NÚMERO DE CRP**	36689	**FECHA**	30/06/2021			
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 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:	$1.778.049									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$12.446.343
VALOR EJECUTADO	$12.446.343
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.778.049
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.778.049
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8352027558	$908.526,00	$113.600	$145.400	4	$0	$259.000

Dado en Bogotá en el mes de Agosto del año Dos Mil veinte y uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Lupe Adelaida Pinilla O

LUPE PINILLA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jairo Andres Castañeda.

JAIRO ANDRES CASTAÑEDA ALONSO

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-0003	

Ubicación del Servicio:	CAPS ZONA FRANCA		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	2629-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.021		31	8	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Jairo Andres Castañeda Alonso		C. C.	1.012.344.866			DE	Bogota	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como MOTORIZADO 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
Realizar recorridos diarios conforme a la planilla de devoluciones de medicamentos cerca casa	SI	Se realiza la entrega de manera diaria	Planilla de entrega
garantizar el buen estado de vehiculomotor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad	SI	Soat , tecnicomecanica y licencia de conducir .	Entrega documentos del vehiculo
Permanecer atento para el suministro de medicamentos que se necesiten de manera urgente en las diferentes unidades de la sub red.	SI	Se realiza la entrega de manera prioritaria	Planilla de entrega
Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del area	SI	Se realizan apoyo cuando sea necesario	Planilla de entrega
Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor	SI	Se realiza cuando es necesario para la entrega	Documentacion Registrada
Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecanica o accidente de transito que ocurra con el vehiculo motor	SI	Se realiza cuando es necesario de manera telefonica	Telefono celular
Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobtre las actividades asignadas que garanticen la operación eficiente del area y fomentarlo para el cumplimiento de la mision de la institucion	SI	Se realiza cuando es necesario para la entrega	Documentacion Registrada
Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos , el buen uso de los recursos ,la seguridad , el bienestar y la satisfaccion del cliente interno y externo del hospital.	SI	Dentro de los servicios se implementan los procedimientos	Procesos y procedimientos establecidos por la Subred
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	SI	Se cuida del inventario en insumos para desempeñar la labores asignadas	Inventario General
Conocer, promover y aplicar las normas de gestion ambiental, residuoshospitalario, manual de higiene y seguridad indudtrial, programa de salud ocupacional ,planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de bioseguridad	SI	Implementacion de elementos de proteccion personal	Portar elementos durante el servicio
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/oplan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato	SI	Se realizan actividades de acuerdo a indicaciones de supervisor	Reporte durante el servicio
Responder de forma integral por las infracciones de transito que le impongan en el desarrollo de su actividad	SI	Se genera el pago oportunamente	Se realiza revision constante de infracciones
Desarrollar las demas actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido	SI	Se realizan actividades de acuerdo a indicaciones de supervisor	Reporte durante el servicio
Ademas 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 ejecucion de los servicios pactados en las clausulas del presente contrato.	SI	Se realizan actividades de acuerdo a indicaciones de supervisor	Reporte durante el servicio
Ademas de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa,	SI	Se informa oportunamente las fallas presentadas durante la prestacion del servicio.	Reporte durante el servicio
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Se genera el pago oportunamente	Se realiza entrega de comprobante de pago con certificacion de actividades
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Se realizan actividades de acuerdo al cargo	Planilla de entrega

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.778.049 UN MILLON SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CERO CUARENTA Y NUEVE PESOS M/CTE

Jairo Andrés Castañeda

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1.012.344.866

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Lupe Adelaida Pinilla O

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JAIRO ANDRES CASTAÑEDA ALONSO

C.C. 1012344866 DE BOGOTA

La suma de **$ 1.778.049** (UN MILLÓN SETECIENTOS SETENTA Y OCHO MIL CERO CUARENTA Y NUEVE) por concepto de: Prestación de servicios como Mensajero – Motorizado en el Caps. Zona Franca, con un total de 186 horas, valor hora $ 9.559 durante el periodo de 01 al 31 de Agosto del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2629-2021

Jairo Andres Castañeda.

JAIRO ANDRES CASTAÑEDA ALONSO

C.C. 1012344866 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA 033-000409-68

Señor(es): JAIRO ANDRES CASTANEDA ALONSO
Nit: CC 1012344866
Dirección: CRA 5B B 191-28
Teléfono: 3123210447 **Fax:** 3123210447
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Aportante	JAIRO ANDRES CASTANED
Tipo y número de identificación	1012344866
Número de planilla	8352027558
Fecha de pago	8/11/2021
Número de autorización	1000000375
Estado	1001
Mora y sanción	$0

Número de empleados	1
Periodo de salud	Julio 2021
Periodo de pensión	Julio 2021
Periodo ARL	Julio 2021
Número de administradoras	2
Total a pagar	$259.000
Intereses de mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL APORTE	NUMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	$145.400	1
EPS008	Compensar EPS	$113.600	1

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