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:	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79.044.941						
CORREO ELECTRONICO:	GRAN9003@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3142041238						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUROCCIDENTE											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	AMBULANCIA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	N0813	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7590320003								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1552-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	1109	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP	29131	FECHA	30/06/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios profesionales de apoyo a la gestion como CONDUCTOR DE AMBULANCIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.de acuerdo a las neccesidades de la institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		31	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.414.080									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: 16 TURNOS =192 HORAS X 7365 VALOR HORA =1´414.080

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$10.075.320
VALOR EJECUTADO	$8.926.380
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.414.080
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.148.940
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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 $**1.953.105**, 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
1013598444	$781.242,00	$97.655	$124.999	4	$0	**$222.654**

Dado en Bogotá. En el mes de JULIO del año DOS MIL DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Samuel Sanabria

SAMUEL SANABRIA ARANGUREN

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

445

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:	AMBULANCIAS						**Sede: CAMI II**			
No. DE CONTRATO:	1552-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	18		31	7	18	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN		**C. C.**		79.044.941		**DE**		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CONDUCTOR dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTEE.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la Institución.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Conducir el vehículo que le sea asignado y vigilar por su excelente presentación y buen mantenimiento.	100%	Se recibe turno verificando las condiciones físicas generales del vehículo a conducir (infraestructura, llantas, niveles de líquidos etc.)	
¡Transportar en el vehículo asignado el personal del hospital, suministros, equipos o materiales o a los diferentes centros del hospital o a los sitios que le sean indicados.	100%	Se realizó registro diario en la recepción y entrega de turno; registrando novedades presentadas durante el mismo	
Responder por el vehículo, las herramientas y equipos a su cargo.	100%	Se verificó diariamente la presencia de herramientas, equipos a su cargo y su buena presentación.	
Prestar los servicios conforme cronograma establecido por el supervisor del contrato.	100%	Se realizó la limpieza diaria del vehículo lo correspondiente a la cabina y parte externa de la unidad.	
Informar al supervisor cuando detecte daños en el vehículo asignado, para su correspondiente revision, mantenimiento o reparación según sea el caso	100%	Se transportó pacientes cumpliendo criterios de seguridad, oportunidad a los diferentes centros asistenciales de acuerdo a las directrices emitidas por el centro regulador de	
prestar apoyo conforme requerimiento del supervisor en el área de servicios generales y mensajería	100%	Se Cumplieron los protocolos de comunicación con el centro regulador de urgencias	
colaborar cuando le sea requerido en el cargue y descargue de los elementos que sean trasladados en el vehículo a su cargo	100%	Se informaron las novedades que se presentaron en el turno al supervisor para su correspondiente apoyo en la gestión; y se siguieron las recomendaciones dadas	
Realizar operaciones de mecánica sencilla en el mantenimiento del automotor a su cargo y solicitar anticipadamente la ejecución de aquellas más complicadas.	100%		
Llevar registro diario de las actividades en formación de conformidad con las políticas y normas del hospital.	100%	Se cumplió cronograma de mantenimiento preventivo y correctivo según sea el caso, realizando el seguimiento respectivo	
Trasladar pacientes del hospital cuando las circunstancias así lo ameriten y sea requerido para ello.	100%	Se colaboró en la atención de pacientes de acuerdo a los casos a los cuales la móvil es despachada a un servicio de emergencias	
Mantener desarrollar e implementar la visión y misión del hospital e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	100%	Se apoyó en casos necesarios la gestión en relación a insumos como Oxigeno	
Vigilar la puesta en marcha y funcionamiento de su propio control interno.	100%	Se asistió a la reunión programada de APH	
Ejecutar las demás actividades que conforme al presente contrato le sea indicada por el supervisor asignado.	100%	Se realizó el tanquo en la hora establecida.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLÓN CUATROCIENTOS CATORCE MIL OCHENTA PESOS M/TE TOTAL: $ 1'414.080

Samuel Sanabria A.

SAMUEL SANABRIA ARANGUREN 79044941

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : 5/2018 Firma de recibido supervisor:

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

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-07-14, 07:46:05 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1013598444 **Referencia pago(PIN)** 8886402170

Periodo Cotización 201807 **Periodo Servicio** 201807

Cliente:

PAGADA 2018-07-05

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	SAMUEL SANABRIA ARANGUREN				
Documento	CC 79044941	**Dirección**	CALLE 68 90 03		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2248829		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal	SANABRIA ARANGUREN SAMUEL	**Identificación**	CC 79044941		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 79044941		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	03	00					SANABRIA ARANGUREN SAMUEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																						**Extranjero**	**S. Integral**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
Ides	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	ICE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	0	0			$ 781.242	25-14		16 %	$ 781.242	$ 125.000	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 781.242	$ 97.700	$ 0	NIN-AR		0,000 %	$ 0	$ 0	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	NINGUNA ARP	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 125.000	$ 0	$ 0	$ 97.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 222.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	79044941	SANABRIA	ARANGUREN	SAMUEL		2018-07	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	11/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	10/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2017	05/09/2005	30	COTIZANTE	4023