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-002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1010218522							
CORREO ELECTRONICO:	daniquiqui18@gmail.com				CELULAR:	3228807542							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD KENNEDY												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	INVENTARIOS				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R140	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24080413064										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-3540			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7				
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP		34672	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	**prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en la direccion administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED 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	2018		31	8	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

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:	$9.144.167
VALOR EJECUTADO	$9.144.167
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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 $1.953.1053, 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
29524887	$781.242,00	$98.300	$125.700	3	$19.300	**$243.300**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de AGOSTO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DAVID VARGAS QUINTERO
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	ALMACEN				**Sede:KENNEDY**					
No. DE CONTRATO:	SO 3540	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	8	2.018		31	8	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA		**C. C.**	1.010.218.522			**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 AUXILIAR ADMINISTRATIVO 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 la recepcion, almacenamiento, organización y distribucion de los elementos que se adquieran y correspondan a las especificaciones detalladas en las ordenes de compra y contratos celebrados por el hospital con todas las especificaciones tecnicas correspondientes.	programado	Se realizaron las correspondientes recepciones, almacenamientos, y distribuciones de los productos celebrados en los presentes contratos del hospital.	Se entrega la correspodiente facturacion, ingresos y salidas para su correspondiente supervision y posterior archivo.
Cotejar las solicitudes de pedido con el stock montados para controlar las salidas a los diferentes servicios.	programado	Se cotejo las solicitudes de pedido con los stocks montados por el supervisor de almacen a las diferentes areas de servicio.	Se hizo el inventario correspondiente y posteriores inventarios aleatorios.
Ejecutar los cronogramas de entregas de los pedidos y organizar las solicitudes que se realizan con los proveedores.	programado	Se ejecuto cronograma establecido para las correspondientes entregas a las areas y recepciones de proveedores	Se hizo recepcion de mercancia por parte de los proveedores en el almacen .
Apoyar en la coordinación de la asignacion racionalizacion y utilizacion de los recursos disponibles.	programado	Se realizo el apoyo en coordinación con la utilizacion de los recursos disponibles en la subred	Se entregan Actualizaciones diarias de la contratacion en el sistema con sus correspondientes adiciones, prorrogas y demas
Mantener la bodega en excelente estado y organización.	programado	Se mantiene la bodega en el estado que la organización lo permite	Se registro la recepcion de correspondencia al almacen.
Legalizar los comprobantes de acuerdo a las	programado	Se legaliza comprobantes de acuerdo a las necesidades de	Los documentos al dia con su
Entregar toda la documentacion al tecnico del almacen.	programado	Se recepciona la documentacio para su correspondiente tramite.	Se entrego facturacion a personal de bodega para el posterior alistamiento y entrega a las areas de servicio.
Coadyudar al cumplimiento de la gestion institucional mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los procesos del area.	programado	Se coadyudado a sacar los procesos adelante en el almacen.	Se entregan los procesos del almacen
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional	programado	Se ha garantizado el cuidado oportuno del patrimonio institucional y/o activos.	Se entrega activos y patrimonio institucional en excelente estado.
Desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestion documental	programado	Se mantiene el orden establecido al plan de ordenamiento y gestion documental.	Se entrega gestion documental en su correspondiente orden.
Las demas que sean asignadas y que sean inherentes a las actividades	programado	Se lleva el proceso de acuerdo a lo establecido por el lider del area.	Se entrega proceso en total cumplimiento.

TOTAL A PAGAR (UN MILLON DOCIENTOS CINCUENTA MIL M/CTE) $ 1,250,000 M/CTE

DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA	**DAVID VARGAS QUINTERO**
CC 1010218522	PROFESIONAL ESPECIALIZADO
CARGO AUXILIAR ADMINISTRATIVO	CARGO

31/08/2018

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA
No. Identificación: CC1010218522
Dirección: CRA 72 A BIS A # 54 59 SUR
Telefono: 2452020
Correo: NOTIENE@HOTMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 29524887

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA
Tipo y número de identificación	CC1010218522
Número de planilla	29524887
Fecha pago	2018-08-15
Número de autorización pago	285501
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	agosto de 2018
Periodo de Cotización Pensión	agosto de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	243300
Total Intereses de Mora	1500

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19300	1
230301	Porvenir	125700	1
EPS037	Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS	98300	1

29524887

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1010218522
APELLIDOS Y NOMBRES: DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS037	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ago-2018

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
QUIROGA	QUIROGA	DANIEL ALFONSO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1010218522

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1010218522 D.M 3

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 18 MES NOV AÑO 1994

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

Kr 72 A BIS A # 54 A SUR - 59

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3228807542

EMAIL daniquiqui18@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* Bachiller comercial
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.*	MES NOVIEMBRE AÑO 2012
										X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ago-2018

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: subred integrada de servicios de salud sur occidente	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: almacenuk@subredsuroccidente.gov.co	
TELÉFONOS: 7560505	*FECHA DE INGRESO*: DIA 7 MES 2 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO: auxiliar administrativo	*DEPENDENCIA*: almacen	*DIRECCIÓN*: tv 74 f 40 B 56 sur	

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
PUBLICO	0	6
PRIVADO	0	0
PARTICULAR	0	0
TOTAL	0	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

Bogotá 23/Agosto/2018

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ago-2018

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

Última Actualización: 23-ago-2018

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, DANIEL ALFONSO QUIROGA QUIROGA
IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1010218522 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección Kr 72 A BIS A # 54 A SUR - 59 **Teléfonos** 3228807542 3228807542

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,
PARA TOMAR POSESION ○ PARA RETIRARME ○ PARA ACTUALIZACION ⊗
PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ○
QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 9.000.000,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 9.000.000,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
caja social	AHORROS	24080413064	restrepo	$ 5.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

TODOS POR UN NUEVO PAÍS
PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 23-ago-2018

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
	C.C◯ C.E◯ T.I.◯	

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 23-ago-2018

CIUDAD Y FECHA