7A15

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDGAR HERNAN PINO MARTINEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79626971						
CORREO ELECTRONICO:	edgarpinopsic@gmail.com				CELULAR:	3005607019						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F01 CAMI 1											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K19	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00.9770117621								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0427-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2					
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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	3	2018		30	3	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.747.240										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0								

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:	$7.494.480
VALOR EJECUTADO	$7.494.480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.747.240
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 **$1.953.105**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
26038404	$1.498.896,00	$187.362	$239.823	3	$36.513	**$463.698**

Dado en Bogotá mes de marzo del año dos mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDGAR HERNAN PINO MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

EDGAR HERNAN PINO MARTÍNEZ
CC. N° 79626971 Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0427-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 **DIAS**
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: **Tres millones setecientos cuarenta y sietemil doscientos cuarenta mil pesos mcte**

TOTAL: $ 3.747.240

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 009770117621
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K12C	0%	$ -
K12C	0%	$ -
K23C	0%	$ -
K13C	0%	$ -
K14C	0%	$ -
K15C	0%	$ -
K16C	0%	$ -
K07C	0%	$ -
K09C	0%	$ -
K19	100%	$ 3.747.240
K13C	0%	$ -
TOTAL	**100%**	**$ 3.747.240**

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.000.00)		X

CORDIALMENTE,

EDGAR HERNAN PINO MARTÍNEZ
CC. N° 79626971 Bogotá edgarpinopsic@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3005607019

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:	Vigilancia en Salud Publica			Sede: Fontibon						
No. DE CONTRATO:	0427-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	18		30	3	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDGAR HERNAN PINO MARTINEZ		C. C.		79.626.971		DE		BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como PROFESIONAL ESPECIALIZADO CIENCIAS FORENSES, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución, en cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtud al Contrato Interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de Salud

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Elaboración del plan de acción y seguimiento mensual al cumplimiento de la operación del Subsistema asignado	SI	Seguimiento mensual a plan de accion, seguimiento a indicadores SIVELCE, seguimiento a tableros de control y matriz 1186 y matriz poblacional enviado a SDS 07/03/2018 sivelcesaludcapital.gov.co	Formato y envio medio magnetico
Asesoría y asistencia técnica a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad	SI	Se realizan 12 asistencias tecnicas. esimed 01/03/2018 corvesalud 21/03/2018 compensar fontibon 21/03/2018 cruz roja 05/03/2018 eusalud 05/03/2018 compensar kennedy 06/03/2018 caps patio bonito 06/03/2018 cafam kennedy 07/03/2018 uss kennedy 07/03/2018 disoc 08/03/2018 colsubsidio chicala 08/03/2018 uss bosa II 12/03/2018	Actas de asistencia drive correo de salud mental
Mantener actualizada la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) periódicamente.	SI	Descarga revision, ajustes y depuracion de base de datos enviada desde SDS, envio de base a upgds para respectivos ajustes. nueva revision de base ajustada y envio a SDS Backup de actividades mensuales registrada en drive. revision base de datos psicologos sivelce semanal valorados por sivelce .Envio 15/02/2018 base ajustada a sivelce@saludcapital.gov.co	formato y envio medio magnetico
Participar y convocar unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado	SI	Asistencia y participacion de comité de victimas Pte Aranda 15/03/2018, acta por parte de secretaria tecnica revision de casos a socializar en comité de victimas pte aranda	Actas de seguimiento y listado de asistencia
Elaborar las actas, informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad	SI	Elaboracion de archivos de tableros de control,indicadores mensuales, indicadores poblaciones de iec, matriz 1186 SIVELCE subred suroccidente. enviado 7/03/2018 a correo sivelce@saludcapital.gov.co elaboracion 12 actas para asistencia tecnica, lista de chequeo en UPGD y UI. elaboracion de 6 listas de chequeo a seguimiento de profesionales SISVECOS y SIVELCE. ingreso de informacion a DRIVE	Actas de seguimiento y listado de asistencia, archivo excel, archivo power point
Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, coves, covecom, consejos) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida.	SI	Asistencia y participacion a reunion de equipo salud mental subred 01/03/2018, acta en coordinacion salud mental, articulacion con SIVISTRA. 09/03/2018 acta en magnetico en correo de subsistema Reunion equipo vsp. comite SIVELCE SDS 16/03/2018 asistencias y participacion en comite de victimas 15/03/2018	Actas de seguimiento y listado de asistencia
Semanalmente recepcionar y verificar los productos del personal del subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad	SI	Revision de 78 iec Sivelce 22/03/2018 23/03/2018/ acta de soporte de revision. Revision de notificacion recibida por parte de tecnico de sistemas y concordancia de ingreso de ficha de notificacion al aplicativo sivigila dc y drive sivelce 14,21,28 /2018 /acta de soporte de revision. Ajustes de concordancia entre fichas de notificacion recibida, y ingresadas a aplicativo. concordancia en aplicativo casos febrero subredsuroccidente 14,21,28//2018. precriticia y georeferenciacion fichas SIVELCE 02.09,23,/03/2018	Actas de seguimiento y listado de asistencia
Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a los casos prioritarios y según necesidad	NO	no se realiza actividades para este periodo	no se entregan productos relacionados con esta actividad
Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversión correspondiente de forma mensual con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud)	SI	Elaboracion y envio de matriz poblacional 07/03/2018 a sivelce@saludcapital.gov.co soporte en drive de correo sivelcesuroccidente@gmail.com	Formato medio magnetico
Realizar seguimiento y retroalimentación de activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	revision de canalizaciones reportadas por psicologos SISVECOS y que cumplan con criterios para espacio vivienda del mes de marzo	lista de chequeo en fisico
Actualizar el Directorio de las UPGD y UI para el subsistema asignado	SI	Actualizacion, y ajustes, envio de directorio de upgd y ui SIVELCE de la subred enviado 05/03/2018 a sivelce@saludcapital.gov.co	Formato medio magnetico
Realizar pre auditoria de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente brindando acompañamiento técnico a cada uno de los operativos y generación de planes de mejoramiento según corresponda.	SI	Revision de soportes en fisico y magnetico de casos abordados por psicologos operativos 02,09,16,23/03/2018 con lista de chequeo. Preauditoria casos de (noviembre a enero) 07,08/03/2018	formato de valoracion y aplicativo distrital
El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad	SI	Envio de tablero de control de notificacion, asistencia tecnica, tablero general, revision 07/03/2018 enviado a sivelce@saludcapital.gov.co elaboracion, revision rips	Formato medio magnetico
Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS	SI	Envio de tablero de control de notificacion, asistencia tecnica, tablero general, revision 07/03/2018 enviado a sivelce@saludcapital.gov.co revision semanal de base SIVIGILA de lesiones de causa externa y polvora	Formato medio magnetico

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3747240 Tres millones setecientos cuarenta y sietemil doscientos cuarenta mil pesos mcte

cc 79626971

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

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	79626971	EDGAR HERNAN PINO MARTINEZ		cra 20 42 a 32	7104102	edgarpinopsic@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	05/03/2018	26038404	$463.900

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	187.400	0		0		0	0	0	0	187.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	239.900	0	0	0	0	0	0		239.900	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	187.400	187.400
Pensión	1	239.900	239.900
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	463.900	463.900

PAGADA
26038404

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

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	79626971	EDGAR HERNAN PINO MARTINEZ		cra 20 42 a 32	7104102	edgarpinopsic@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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	05/03/2018	25038404	$463 900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	Cotizante exonerado	Tipo cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMODIN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79626971	PINO MARTINEZ EDGAR HERNAN					59	0															N	230301	1 499 000	239 900	0	0	0	0	EPS002	1 499 000	167 400	14 28	1 499 000	3	36 600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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