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	9/11/2016	
		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	%
	K32	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			6 DE 6				
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	30/06/2018	NÚMERO DE CRP		28189	FECHA	30/06/2018			
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	7	2018		30	7	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:	$22.483.440
VALOR EJECUTADO	$22.483.440
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
28871688	$1.498.896,00	$187.362	$239.823	3	$36.513	**$463.698**

Dado en Bogotá mes de JULIO 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

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
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	7	18		30	7	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	PROGRAMADO	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 07/07/2018 y 15/07/2018 sivelcesaludcapital.gov.co. tableros de control SISVECOS enviado a SDS 15/07/2018 sisvecossaludcapital.gov.co	Formato y envio medio magnetico
Asesoría y asistencia técnica a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad	NO	no se programa actividades para este periodo	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 09/07/2018 para respectivos ajustes. nueva revision de base ajustada y envio a SDS Envio 15/07/2018 base ajustada a sivelce@saludcapital.gov.co Backup de actividades mensuales registrada en drive. revision base de datos psicologos sivelce y sisvecos semanal valorados por sivelce y sisvecos. consolidacion de base para envio de casos a espacio vivienda 13,23,27/07/2018 revision de aplicativo sisvecos frente a recepcion de casos foraneos y alertas.	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 19/07/2018, 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 15/07/2018 a correo sivelce@saludcapital.gov.co. ingreso de informacion a DRIVE. Retroalimentacion de casos abordados por profesional sivim para comite. elaboracion de acta de entrega proceso sisvelce, entrega de archivos magneticos y fisicos de subsistema	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 y VSPsubred 04/07/2018, acta en coordinacion salud mental, acta en magnetico en correo de subsistema comite SISVECOS SDS 12/07/2018 asistencias y participacion en comite de victimas 19/07/2018, asistencia y participacion disponibilidad jornada pyp 14/07/2018. asistencia y apoyo en feria campo alto 17/07/2018	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 205 iec Sisvecos 13,23,30/07/2018 lista de chequeo y 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 base de notificacion sivelce y sisvecos	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	SI	se realizan 3 iec del subsistema sisvecos	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 10/07/2018 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 julio	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 05/07/2018 a sivelce@saludcapital.gov.co para subsistema SISVECOS NA	Formato medio magnetico
Realizar pre auditoria de soportes fisicos, 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 12,26/07/2018 con lista de chequeo. Preauditoria casos de (junio) 05/07/2018	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, 15/07/2018 enviado a sivelce@saludcapital.gov.co elaboracion informe trimestral SIVELCE	Formato medio magnetico
Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS	SI	Revision de rips 2018 archivos bai 18/07/2018 revision semanal de base SIVIGILA sub red suroccidente de lesiones de causa externa y polvora revision de rips junto con elaboracion de tablero de rips 18/07/2018	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				
7	2018	7	2018	I	16/07/2018	28871688	$463.900

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Suscrip.	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	187.400	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

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				
7	2018	7	2018	I	16/07/2018	28871688	$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 28871688

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí * No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por	
☐	FEBRERO.pdf	FEBRERO.pdf	Proveedor	Descargar
☐	marzo.pdf	marzo.pdf	Proveedor	Descargar
☐	ABRIL.pdf	ABRIL.pdf	Proveedor	Descargar
☐	mayo.pdf	mayo.pdf	Proveedor	Descargar
	NuevoDocumento 2018-06-18.pdf (Archivado)	NuevoDocumento 2018-06-18.pdf	Proveedor	Descargar
☐	junio.pdf	junio.pdf	Proveedor	Descargar

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >