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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1033686759						
CORREO ELECTRONICO:	emhernandezs@gmail.com				CELULAR:	3222168398						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570477670013218								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
DE CONTRATO Y VIGENCIA:	334-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	19835	FECHA	30/04/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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	5	2018		30	5	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
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:	$12.282.620
VALOR EJECUTADO	$12.282.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8327233110	$1.128.300,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

Dado en Bogotá en el mes de MAYO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FC09 PIC- ESPACIO VIVIENDA											Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	334-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año					
			1	5	2.018		30	5	2.018					
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER		C. C.	1.033.686.759	DE	BOGOTÁ								

Prestar Servicos profesionales 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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descntos del espacio.	SI	1 informe mensual, 7 dialogos de saberes en salud,3 gestiones institucionales, 2 reuniones con lideres de organizaciones,5 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 4 revision de soportes.	1informe, 7 actas y listados de asistencia a dialogos, 3 actas de reuniones con lideres de organizaciones, 5 actas de fortalecimiento tecnico, 4 actas de reunion de equipo, 4 actas de entrega y revision de soportes.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	1 informe mensual, 7 dialogos de saberes en salud,3 gestiones institucionales, 2 reuniones con lideres de organizaciones,5 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 4 revision de soportes.	1informe, 7 actas y listados de asistencia a dialogos, 3 actas de reuniones con lideres de organizaciones, 5 actas de fortalecimiento tecnico, 4 actas de reunion de equipo, 4 actas de entrega y revision de soportes.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para certificado	No aplica para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	No aplica para certificado	No aplica para este mes
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	1 informe mensual, 7 dialogos de saberes en salud,3 gestiones institucionales, 2 reuniones con lideres de organizaciones,5 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 4 revision de soportes.	1informe, 7 actas y listados de asistencia a dialogos, 3 actas de reuniones con lideres de organizaciones, 5 actas de fortalecimiento tecnico, 4 actas de reunion de equipo, 4 actas de entrega y revision de soportes.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	socialización de deberes y derechos a la población victima durante las sesiones de atención	3 listados y actas de dialogos
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	1 informe mensual, 7 dialogos de saberes en salud,3 gestiones institucionales, 2 reuniones con lideres de organizaciones,5 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 4 revision de soportes.	1informe, 7 actas y listados de asistencia a dialogos, 3 actas de reuniones con lideres de organizaciones, 5 actas de fortalecimiento tecnico, 4 actas de reunion de equipo, 4 actas de entrega y revision de soportes.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditonas del referente del espacio asignado.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega mensual de formatos PAP 020	PAP 020 sesiones 3 y 4
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa	PAP 020 sesiones 3 y 4
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada d e los insumos	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada d e los insumos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

NOMBRE Y CC CONTRATISTA: EDWIN MANUEL HERNANDESZ SANTANDER C.C 1033686759

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.

Señor(a): EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTADER
No. Identificación: CC 1033686759
Dirección: CALLE 7 NO 93-35 CASA 246
Teléfono: 2508017 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8327233110

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SA
Tipo y Número de Identificación	CC 1033686759
Número Planilla	8327233110
Fecha de Pago	5/15/2018
Número de Autorización de Pago	37910774
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Mayo 2018
Periodo Cotización Pensión	Mayo 2018
Periodo Cotización Caja	Mayo 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$404.800
Total Interes Mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.000	1
230301	Porvenir	$196.600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$24.600	1
EPS008	Compensar EPS	$153.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1033686759
APELLIDOS Y NOMBRES: HERNANDEZ SANTANDER EDWIN MANUEL

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSIÓN	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS008	230301	0	1.228.300	1.228.300	1.228.300	1.228.300	153.600	196.600	30.000	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSIÓN	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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