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
Fecha de aprobación	09/11/2016
Código	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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									
O DE CONTRATO Y VIGENCIA:	334-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5		
NÚMERO DE CDP	961	FECHA	06/06/2018	NÚMERO DE CRP	18363	FECHA	31/05/2018		
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	6	2018		30	6	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:	$15.353.275
VALOR EJECUTADO	$15.353.275
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
27893292	$1.128.300,00	$153.600	$196.600	3	$30.000	$380.200

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO 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:	FO09 PIC- ESPACIO VIVIENDA			Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	334-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.018		30	6	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 descritos del espacio.	SI	1 informe mensual, 2 seguimientos a organizaciones, 2 acercamiento y reconocimiento, 6 dialogos de saberes en salud, 6 gestiones institucionales, 2 reuniones de evaluacion y planeacion con organizaciones, 1 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 2 autocuidado.	1 informe, 2 formatos PAP010, 2 actas de evaluacion y planeación con organización, 6 listados de asistencia a dialogo y relatorias, 6 acatas de reuniones institucionales, 4 actas reuniones de equipo, 2 formatos PAP 020 de jornadas comunitarias.
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, 2 seguimientos a organizaciones, 2 acercamiento y reconocimiento, 6 dialogos de saberes en salud, 4 gestiones institucionales, 2 reuniones de evaluacion y planeacion con organizaciones, 2 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 1 autocuidado.	1 informe, 2 formatos PAP010, 2 actas de evaluacion y planeación con organización, 6 listados de asistencia a dialogo y relatorias, 4 actas reuniones de equipo, 2 formatos PAP 020 de jornadas comunitarias.
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, 2 seguimientos a organizaciones, 2 acercamiento y reconocimiento, 6 dialogos de saberes en salud, 4 gestiones institucionales, reuniones de evaluacion y planeacion con organizaciones, 2 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 1 autocuidado.	1 informe, 2 formatos PAP010, 2 actas de evaluacion y planeación con organización, 6 listados de asistencia a dialogo y relatorias, 4 actas reuniones de equipo, 2 formatos PAP 020 de jornadas comunitarias.
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, 2 seguimientos a organizaciones, 2 acercamiento y reconocimiento, 6 dialogos de saberes en salud, 4 gestiones institucionales, reuniones de evaluacion y planeacion con organizaciones, 2 dia de fortalecimiento tecnico, 4 reuniones de equipo, 4 entrega de soportes PAP, 1 autocuidado.	1 informe, 2 formatos PAP010, 2 actas de evaluacion y planeación con organización, 6 listados de asistencia a dialogo y relatorias, 4 actas reuniones de equipo, 2 formatos PAP 020 de jornadas comunitarias.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias 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 la 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): **3.870.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE**

NOMBRE Y CC CONTRATISTA EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER C.C. 1033686.759

Fecha (Dd/mm/aaaa) Firma de revisión 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	1033686759	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTADER		CALLE 7 NO 93-35 CASA 246	2508017	EMHERNANDEZS@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				
6	2018	6	2018	I	01/06/2018	27893292	$404.800

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	153.600	0		0		0	0	0	0	153.600	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	196.600	0	0	0	0	0	0		196.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-28	ARP Sura	800256161-9	30.000				30.000	0	0	30.000			300	30.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	24.600	0	0	24.600	1

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	153.600	153.600
Pensión	1	196.600	196.600
Riesgos Laborales	1	30.000	30.000
CCF	1	24.600	24.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	404.800	404.800

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