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-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALEXANDER CARRANZA QUINTERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80738252							
CORREO ELECTRONICO:	alex.c.q8@gmail.com				CELULAR:	3214066118							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	F01 CAMI I												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				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:	**BANCOLOMBIA**				TIPO DE CUENTA:	**AHORROS**							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**20215815851**								PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4279-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**3 de 3**			
NÚMERO DE CDP	**1108**	FECHA	**26/06/2018**	**NÚMERO DE CRP**	**31063**	**FECHA**	**30/06/2018**			
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 PSICOLOGA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		31	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$3.070.655**									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%								
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; se ejecuta meta de 30 casos de 39 programados										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$7.676.638**
VALOR EJECUTADO	**$6.577.138**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$2.362.042**
VALOR A LIBERAR	**$0**
SALDO POR EJECUTAR	**$1.099.500**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**86%**

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
8328491488	$944.817	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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

SMITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ALEXANDER CARRANZA QUINTERO
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**VSP**	**Sede: FONTIBON**						
No. DE CONTRATO:	4279-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.018		31	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ALEXANDER CARRANZA QUINTERO	**C. C.**	80.738.252			**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* PSICOLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contratointeradministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Semanalmente entregar al referente los productos *correspondientes al subsistema asignado frente a* cumplimiento de metas y criterios de calidad.	SI	Se realiza entrega semanal de productos SIVIM al referente. *Los días 13, 20 Y 30 de Julio de 2018 de 30 casos.* Correspondientes a la localidad de Kennedy.	*Lista de chequeo con casos*
, 2. Realizar investigaciones epidemiológicas de Campo (IEC) y/o caracterizaciones Individuales de riesgo (CIR) de acuerdo a la meta asignada y/o según necesidad.	SI	Se realizaron 30 casos SIVIM abordados cumpliendo con calidad y òptima entrega correspondientes a la localidad de Kennedy, los cuales se entregan los días 13, 20 y 30 del mes de JULIO revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo.	Soportes en físico de 39 IEC SIVIM de la localidad de kennedy.
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados	SI	Envió por correo electrónico de 16 canalizaciones a espacio vivienda los días 13, 20 y 27 del mes de Julio	Correo electrónico del envió
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.	SI	Casos entregados durante el mes que contibuyen a la realizacion y seguimiento del plan de accion.	30 casos entregados a final de mes de Julio con calidad del dato y depurado en aplicativo.
5. Apoyar en las asesorías y asistencias técnicas a las UPGD y UI del subsistema asignado según programación y necesidad,	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programa productos durante el mes
6. Apoyar en las convocatorias de unidades análisis de los casos que ameriten en el marco de la vigilancia del subsistema asignado,	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programa productos durante el mes
7. Participar en la elaboración de 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.	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programa productos durante el mes
8. 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	Reunión de VSP y equipo salud mental en Fontibón: Campo *Alto el día 05/07/2018. Reunión Salud Mental con referentes de* SDS en la Biblioteca El Tunal el día 11/07/18	Actas de reuniones y listados de asistencia
9. Realizar la Búsqueda Activa institucional de manera mensual y garantizar las entregas oportunas y con calidad según lineamiento de SDS.	NO	No se programa actividad durante el mes	No se programa productos durante el mes

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,362,042 DOS MILLONES TRECIENTOS SESENTA Y DOS MIL CUARENTA Y DOS PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ALEXANDER CARRANZA QUINTERO CC 80.738.252

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Supervisor

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

Señor(es): ALEXANDER CARRANZA QUINTERO
Nit: CC 80738252
Dirección: KR 88 C NO 82 B 39 SUR
Teléfono: 5702841 **Fax:**
Ciudad: BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

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

compensar | miplanilla.com

Nombre	ALEXANDER CARRANZA Q
Tipo y número de identificación	80738252
Número de radicación planilla	8328491488
Fecha de pago	7/6/2018
Número de autorización de pago	28491488
Banco	1052
Valor Comisión	$0

Número de empleados	1
Periodo cotización salud	Julio 2018
Periodo cotización pensión	Julio 2018
Periodo cotización caja	Julio 2018
Número de administradoras	4
Total Pagado	$404.800
Total interes mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$30.000	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	$196.600	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$24.600	1
EPS008	Compensar EPS	$153.600	1

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

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
NO	TPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	HORAS LABORADAS	DIAS COTIZADOS	SALARIO INTEGRAL	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	80738252	CARRANZA QUINTERO ALEXANDER	EPS008	230201	CCF24																		1.228.262	1.228.262	1.228.262	1.228.262	0			196.800	0	0	153.600	0

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