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:	HAMILTON EDUARDO ESCOBAR QUINTERO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.016.010.395							
CORREO ELECTRONICO:	heescobar5@misena.edu.co				CELULAR:	3143880382							
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	%	
	K26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550007300681736								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4278-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3				
NÚMERO DE CDP	1108	FECHA	26/06/2018	NÚMERO DE CRP	31062	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 DIGITADOR 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 contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	7	2018		30	7	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.232.426										
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:	$3.081.065
VALOR EJECUTADO	$3.081.065
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.232.426
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
1013662975	$781.242	$97.655	$124.999	3	$17.921	$240.575

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

HAMILTON EDUARDO ESCOBAR 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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FO09						**Sede: FONTIBON**				
No. DE CONTRATO:	4278-2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**		
			1	7	2 018		30	7	2 018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HAMILTON EDUARDO ESCOBAR QUINTERO		**C. C.**	1 016 010 395			**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 DIGITADOR de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento al Manual de Convivencia según lo descrito en lineamientos de Secretaria Distrital de Salud, especifico para el PAI.	si	Se da cumplimiento a las actividades asignadas por el Jefe inmediato con la calidad , oportunidad y pertinencia esperada de acuerdo al manual técnico administrativo PAI	se acepta y se firma el manual de convivencia
digitacion de los registros de vacunacion de la extrategia extramural	si	SE DIGITAN LOS REGISTROS DIARIOS DE VACUNACIÓN DEL GRUPO EXTRAMURAL Y DE ACUERDO A CADA ESTRATEGIA DE LA SUBRED 300 REGISTROS DEL ESQUEMA REGULAR y 150 REGISTROS DE FIEBRE AMARILLA DE LA TERMINAL DEL SUR y 500 INFLUENZA DE PUENTE ARANDA Y KENNEDY, Y OTRAS CONCENTRACIONES HASTA LA FECHA	SE HACE EL REGISTRO MEDIANTE LOS SIS DE LO VACUNADO POR EL GRUPO EXTRAMURAL PAI
actualizacion en el sofware los registos de vacunacion de la estrategia extramural	si	SE ACTUALIZAN LOS CARNET DE LOS NIÑOS EN EL SOFWARE DE LA SECRETARIA DE SALUD	SE REALIZA EN APLICATIVO LAS ACTUALIZACIONES DE CARNET DE VACUNACION
diligenciamineto del formato 8 (no ingreso) para cosolidado de fin de mes	si	SE DILIGENCIA EL FORMATOS DEL MOTIVO DE LOS NO INGREASADO.	SE DA CUMPLIMIENTO AL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO 8
Ingreso de la información con atributos de calidad, coherencia, exactitud en los datos ingresados.	SI	HAY OBSERVACIONES ALGUNAS FALLAS DE CALIDAD DEL DATO COMO EL NUMERO DE IDENTIFICACION ERRORES TACHONES. Y EN OCASIONES FALTA INFORMACION EN LOS SIS, SE ASISTION A LA REUNION DE DATOS DE LAS INFORMACION A CARGO DE LA TECNICO ADRIANA GUTIERREZ	se solicita al jefe inmediato los insumos necesarios y se reportan oportunamente anomalias
Asistir a reuniones programadas locales y distritales	SI	SE ASISTIÓ A LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL GRUPO EXTRAMURAL COMITÉ PAI	Programado para final de mes.
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los software, instrumentos y formatos que le sean encomendados, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	SE CUMPLE ACAVALIDAD	SI SE CUMPLIO
Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con el Hospital.	SI	SE CUMPLE ACAVALIDAD	SI SE CUMPLIO

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.232,426 Un millon doscientos treinta y dos mil cuantroocientos veinti seis pesos

HAMILTON EDUARDO ESCOBAR QUINTERO CC 1.016.010.395

Fecha Firma de recibido supervisor Junio 2018 Jenny Andrea Alfonso B

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

Simple

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2018-07-12, 08:23:26 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2018
Empresa	HAMILTON EDUARDO ESCOBAR QUINTERO
CEDULA CIUDADANIA	CC 1016010395
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8890180820 / 1013662975
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 241.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800229739	230201	PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	1	$ 125.000	$ 0
N830003564	EPS017	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM-COLSUBSIDIO	1	$ 97.700	$ 0
N800256161	14-28	ARP SURA	1	$ 19.100	$ 0
		SubTotales:		$ 241.800	$ 0
		Total a Pagar:			$ 241.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 -