6-37-7102

No aparece en Sure

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión: 1 Fecha de actualización: 09/11/2018 Código: 15-02-FO-0002

INFORMACION DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012406516						
CORREO ELECTRONICO:	ruben_gomez23@hotmail.com				CELULAR:	3007388185						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA27											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	PAPS CABAÑAS						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	37%	K23	16%	K13	15%	K14	12%	K16	15%	K19	5%
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	476100065715								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0807-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2				
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8479	FECHA	31-01-2018.				
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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	2	2018		28	2	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$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:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$1.613.395
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.613.395
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
1010958295	$781242	$97.655	$124.999	3	$19.100	**$241.754**

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

ANGELA MARIA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

RUBEN ANTONIO GOMEZ M
RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Enbell Feb 23/18

br 0e>

BOGOTA **FEBRERO** 2018

CUENTA DE COBRO 1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ
CC. N° 1012406516 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0807-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE
TOTAL: $ 1.613.395

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 476100065715
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE	PORCENTAJE	VALOR
K10	0%	$ -
K12	37%	$ 596.956
K23	16%	$ 258.143
K13	15%	$ 242.009
K14	12%	$ 193.607
K16	15%	$ 242.009
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	5%	$ 80.670
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.613.395

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		x
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000)		x

CORDIALMENTE,

Ruben Antonio Gomez M

RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ
CC. N° 1012406516 Bogota email:ruben_gomez23@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No 3007388185

	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:	PIC -ESPACIO VIVIENDA						**Sede:BOSA**				
No. DE CONTRATO:	0807-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	2	2.018		28	2	2.018		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ		**C. C.**	1.012.406.516			**DE**	BOGOTÁ			

OBJETO DEL CONTRATO :Prestar apoyo como TECNICA AMBIENTAL A 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 institucion, En cumplimiento de las obligaciones adquiridas en virtud al cotrato interadministrativo 077 de 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
Especificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	17 planes familiares formulados 17 Reuniones de Analisis 132 planes familiares implementados 17 Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	se realiza segumiento a menores de 5 años ya que se realiza seguimiento a poblacion de discapacidad	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Para el mes de FEBRERO se realizan canalizaciones de acuerdo con las prioridades de las familias visitadas.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	se realiza notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional y por el equipo	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

RUBEN ANTONIO GOMEZ M

RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ C.C.1012406516

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 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	2018-02-02, 04:35:50 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2018
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2018
Empresa	RUBEN ANTONIO GOMEZ MENDEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1012406516
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1010958295
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	311949603
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
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
N800224808	230301	PORVENIR	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

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellin: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 656 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!