6038-6994

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 BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	11/9/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CRISTIAN CAMILO VARGAS GONZALEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.013.672.669						
CORREO ELECTRONICO:	CAMILOVG1997@GMAIL.COM				CELULAR:	3212436315						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					KENNEDY PA14							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K10	4%	K12	41%	K23	8%	K13	24%	K14	17%	K16	6%
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	474600089669								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0252 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8966	FECHA	1/31/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR, 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 institución.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	2	2018		28	1	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:	$2.464.852
VALOR EJECUTADO	$1.232.426
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.232.426
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.232.426
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 $1.953.105,00 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
8668047170	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CRISTIAN CAMILO VARGAS GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	**2**
		Fecha de aprobación	**4/3/2017**
		Código:	**04-02-FO-0003**

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA			**Sede: PABLO VI**						
No. DE CONTRATO:	0252 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CRISTIAN CAMILO VARGAS GONZALEZ		**C. C.**		1.013.672.669	**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(A) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar actividades de digitación del componente y demas registros de los software de salud pública de acuerdo a los estándares	SI	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo.	De acuerdo a un cronograma establecido por parte de un grupo de jefes de enfermeria de salud publica se verifica datos por medio del aplicativo de salud urbana y via telefonica.
Digitación permanente de la información consiganada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético	NO	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo.	
Apoyar la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa	SI	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo.	Llevando constancia de formatos (fallidas, efectivas) a bases como: Ecxel y Aplicativo de salud urbana.
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información	SI	Asistencias tecnicas desarrolladas por el cordinador de equipo.	Acatar y ejecutar ordenes establecidas por parte de nuestro tecnico y coordinador.
Verificar junto con el técnico de sistemas los errores de estructura de los datos(calidad del dato) en conjunto con el coordinador de gestión de politicas y programas teniendo en cuenta que la revision de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la informacion registrada en el aplicativo	SI	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo.	Se revisa y valida los datos de los usuarios, por medio del comprobador de derechos Secretaria Distrital de Salud y una base en Excel a cual tiene acceso el Técnico.
Suministar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega	NO	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo.	
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano dados por la institución y la secretaria distrital de salud	SI	Bases puestas en operación por el Programa gestion del riesgo.	Asistir a capacitaciones e inducciones brindadas por la RED SUR OCCIDENTE.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.232.426,oo) UN MILLON DOSCIECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATRO CIENTOS VEINTISEIS PESOS M/Cte

Camilo vargas

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

1013672609

supervisor: _____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido

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

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

CRISTIAN CAMILO VARGAS GONZALEZ
CC. N° **1.013.672.669** **de Bogotá**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0252 DE 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

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

TOTAL COBRO: **UN MILLON DOSCIECIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATRO CIENTOS VEINTISEIS PESOS M/Cte**
TOTAL: $ 1.232.426

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 **474600089669**
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	4%	$ 49.297
K12	41%	$ 505.295
K23	8%	$ 98.594
K13	24%	$ 295.782
K14	17%	$ 209.512
K16	6%	$ 73.946
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
K09	0%	$ -
TOTAL	**100%**	$ 1.232.426

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARO 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 ($44.603.00)		X

CORDIALMENTE,

CRISTIAN CAMILO VARGAS GONZALEZ
cc # **1.013.672.669** CAMILOVG1997@GMAIL.COM
TELEFONO CELULAR No. **3225708182**

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	CRISTIAN CAMILO VARGAS GONZALEZ
IDENTIFICACION:	CC-1013672669
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-02-21
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-02-21
FECHA DE PAGO:	2018-02-21
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2018-02
PERIODO SALUD:	2018-02
NUMERO PLANILLA:	8668047170
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8680391107
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPSC34	900298372	EPS-S CAPITAL	1	$ 500	$ 97.700	$ 98.200
230301	800224808	PORVENIR	1	$ 700	$ 125.000	$ 125.700
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 100	$ 19.100	$ 19.200
		Total a pagar		$ 1.300	$ 241.800	$ 243.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	15/03/2018