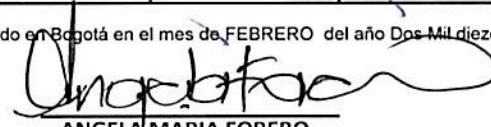
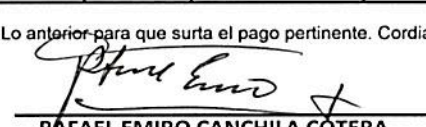
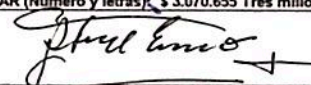
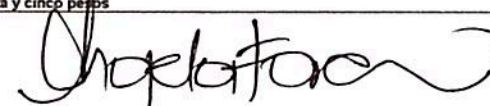


 SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA				Versión: 1 Fecha de aprobación: 09/11/2016 Código: 15-02-FO-0002		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.		
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			RAFAEL EMIRO CANCHILA COTERA							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.		92553881		
CORREO ELECTRONICO:			rafaelcoterac3170@gmail.com			CELULAR:		3166264765		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:			FO 05							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			Fontibon			SEDE:		PAPS 48		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
		K27	100%							
ENTIDAD FINANCIERA:			BANCO DE BOGOTÁ			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			607037975					PENSIONADO	NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			707-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 1		
NÚMERO DE CDP		154	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	12416	FECHA	31/01/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:			Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	2019		28	2	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$3.070.655							
TIPO DE SERVICIOS		PIC	RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			
OBSERVACIONES:										
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO										
CONCEPTO						VALORES				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:						\$3.070.655				
VALOR EJECUTADO						\$3.070.655				
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes de ENERO. Los honorarios inferiores a \$ 2.070.290, 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				
8332871275	\$1.228.000,00	\$153.500	\$196.500	3	\$30.000	\$380.000				
Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente, <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  ANGELA MARIA FORERO NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: </div> <div style="text-align: center;">  RAFAEL EMIRO CANCHILA COTERA NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA </div> </div>										

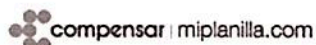
Ubicación del Servicio:		PIC-ESPACIO VIVIENDA		Sede: Fontibon	
No. DE CONTRATO:	707-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		Rafael Emiro Canchila Cotera	C. C.	92.553.881	DE Cortozal sucre
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como (psicólogo) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente					
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐					
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS		
Específicos 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 Secretaría Distrital de Salud.	NO	6 Planes Familiares Formulados 6 Planes Familiares Implementados 2 Reuniones de Equipo Espacio Vivienda	6 Cartas de compromiso 6 Formato de Caracterización Social y Ambiental 6 Matriz de Unidad de Analisis e Implementación 6 Formato Plan de Acción o 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	2 Activaciones de Ruta correspondientes a Gestante	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	2 Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	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	1 de notificaciones de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional	Formato de notificación comunitaria o de interés en salud pública 1		
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría 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	17 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	1 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 auditorías 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 caracterización social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografía matriz de unidad de analisis e implementación Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual		
Assumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole 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 asumirá el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografía matriz de unidad de analisis e implementación 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 transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. 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 técnicas programadas (Se Desarrolla el día 01/02/2019- 05/02/2019)	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación		
OBSERVACIONES:					
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3.070.655 Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos					
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Rafael Emiro Canchila Cotera CC 92 553 881					
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.					

Señor(a):	RAFAEL EMIRO CANCHILA COTERA		
No. Identificación:	CC 92553881		
Dirección:	CALE 65 NO 15-14		
Teléfono:	4770978	Fax:	4770978
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.		
Número de Planilla	8332871275		

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

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



Nombre	Rafael Emiro Canchila Coterá
Tipo y Número de Identificación	CG 92553881
Número Planilla	8332871275
Fecha de Pago	2/11/2019
Número de Autorización de Pago	32871275
Banco	1052
Valor Comisión	\$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Enero 2019
Periodo Cotización Pensión	Enero 2019
Periodo Cotización Caja	Enero 2019
Número de Administradoras	3
Total Pagado	\$380.000
Total Interés Mora	\$0

[illegible]

TIPO DOC.:		CC								
NO. DOCUMENTO:		92553881								
APELLIDOS Y NOMBRES		Canchila Cotera Rafael Emiro								
COD EPS	COD AFP	LICP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	231001	0	1.228.000	1.228.000	1.228.000	0	153.500	198.500	30.000	0

[illegible]