

 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Salud E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2018	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			JOSE ABRAHAM PEREZ DELGADO								
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	NO.			4207559		
CORREO ELECTRONICO:			joseaperezd16@gmail.com			CELULAR:			3138307456		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						FO01 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	%
		K32	100%								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		20265707334				PENSIONADO		NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		5225-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 1 DE 1	
NÚMERO DE CDP	1311	FECHA	03/08/2018	NÚMERO DE CRP	35911	FECHA	09/08/2018
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
			9	8	2018		31	8	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$3.070.655							
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.

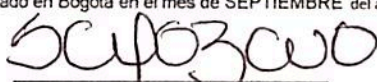
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$2.354.169
VALOR EJECUTADO	\$2.354.169
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.354.169
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

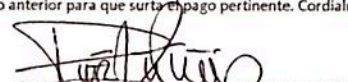
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
29427466	\$941.870,00	\$117.800	\$150.800	3	\$23.000	\$291.600

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


SMITH LOZANO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


JOSE ABRAHAM PEREZ DELGADO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

conf

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN
SERVICIOS



Código:

2

03/04/2017

04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:		VSP		Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:		5225-2018		Periodo certificado desde el		Día Mes Año		a		Día Mes Año	
						9 8 2018				31 8 2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		JOSE ABRAHAM PEREZ DELGADO		C. C.		4.207.559		DE		PAZ DEL RIO	
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.											
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <u>x</u> NO <u> </u> Servicios: SI <u> </u> NO <u> </u>											
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 27/08/2018 27 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 27 casos SIVIM abordados cumpliendo con calidad y optima entrega correspondientes a la localidad de KENNEDY , lo cuales se entregan los días 21 y 31 del mes de agosto revisados y ajustados para su ingreso al aplicativo.				Soportes en físico de 27 IEC realizadas en el mes			
3. Realizar activación de ruta (Canalizaciones) para dar respuesta oportuna a los casos identificados		SI		Se realizan 20 activacion de ruta a programas de salud.				Base de intervenciones en magnético enviadas.			
4. Participar en el seguimiento mensual del plan de acción del Subsistema asignado.		SI		Casos entregados durante el mes que contribuyen a la realizacion y seguimiento del plan de accion.				27 casos entregados a final de mes, 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 programan productos durante el mes			
6. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud), según lineamiento de SDS		SI		Se realiza la concordancia de casos SIVIM del mes de agosto el día 26/08/2018 y se entrega debidamente legajados y organizados, los cuales reposan en el archivo del Cami 1. 31/08/2018				Acta de concordancia y listado de asistencia			
7. 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 programan productos durante el mes			
8. 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 programan productos durante el mes			
9. 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		Se participo en la reunion de equipo de Vigilancia Epidemiologica el 16/08/2018.				Acta de reunion y listado de asistencia			
10. Participar en pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.		SI		Se realiza pre auditoria casos correspondiente al mes de agosto el día 26/08/2018 en aplicativo y físico, con respectivo ajuste en aplicativo				Acta de reunión y listado de asistencia. Correo electrónico.			
11. El profesional de la ESE debe dar respuesta oportuna a los requerimientos solicitados por nivel central, otras instituciones o la comunidad.		NO		No se programa actividad durante el mes				No se programan productos durante el mes			
12. 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 programan productos durante el mes			
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$2.354.169 DOS MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y CUATRO MIL CIENTO SESENTA Y NUEVE PESOS M/CTE											
JOSE A PEREZ DELGADO N° 4207559 CONTRATISTA: Psicólogo						Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor:					
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.											

Último ingreso exitoso: 2018-08-09 / 02:26:39 PM | Último ingreso fallido: 2018-07-17 / 06:20:54 PM

Datos	Empleados	Planillas	Documentos	Reportes	Cesantías	Salir
-------	-----------	-----------	------------	----------	-----------	-------

Periodo Pensión: Agosto 2018. Periodo Salud: Agosto 2018.

Agosto 9 de 2018 / 2:36 PM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > [Resumen de pago](#)

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa:	JOSE ABRAHAM PEREZ DELGADO	Nit:	4207559
Tipo planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones	Agosto 2018
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	Agosto 2018
Número de radicación:	29427466	Total a pagar:	\$297,300
Fecha de vencimiento:	15/08/2018	Total de empleados:	1
Fecha de pago:	09/08/2018	Número de administradoras:	4

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social	Medio de pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCOLOMBIA	Número de aprobación:	359520854
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-28	800256161	ARP Sura	1		\$0.00	\$23,000
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1		\$0.00	\$150,800
CCF21	860013570	Cafam Caja de Compensacion Fliar	1		\$0.00	\$5,700
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0.00	\$117,800
						\$297,300

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

[»Ver planillas pagadas](#)

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

[Exportar reporte a Excel](#)[Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)<https://www.miplanilla.com/>

Todos los derechos reservados © 2018 . Compensar - Cenet S.A.

 **compensar** | [miplanilla.com](https://www.miplanilla.com/)

Powered by



Acerca de los certificados SSL



DATOS DEL APORTANTE									
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD			
CC	4207559	JOSE ABRAHAM PEREZ DELGADO	CALLE 19 B 81 B 30 INT 3 AP 403	2638714	joseperez16@hotmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
ÚNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO			

DATOS DE LA PLANILLA									
PERIODO COTIZACIÓN			DIFERENTE A SALUD		TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR	
SALUD	MES	AÑO	MES	AÑO					
	8	2018	8	2018	1	09/08/2018	29427466	\$297,300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD									
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	
EPS005	Santas EPS	800251440-6	117.800	0		0		0	1

TOTALES PENSIÓN									
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsidencia	Días Mora	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	150.800	0	0	0	0	0	1

TOTALES RIESGOS LABORALES									
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor FSP - Solidaridad	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor				
14-28	ARP Sura	800256161-9	23.000			23.000	0	0	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados		
CCF21	CaJam	860013570-3	5.700	0	0	5.700	1		

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA				
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	No. Afiliados
Salud	1	117.800	117.800	1
Pensión	1	150.800	150.800	1
Riesgos Laborales	1	23.000	23.000	1
CCF	1	5.700	5.700	1
ESAP	0	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
MEN	0	0	0	0
SENA	0	0	0	0
TOTALES	4	297.300	297.300	297.300



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14234627076



Espacio reservado para la DIAN



5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 4 2 0 7 5 5 9 - 1
6. DV 1
12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico 3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2
25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía 1 3
26. Número de identificación: 4 2 0 7 5 5 9
27. Fecha expedición: 1 9 8 5 1 1 2 0
Lugar de expedición 28. País: COLOMBIA 1 6 9
29. Departamento: Bogotá D.C. 1 1
30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1
31. Primer apellido PEREZ
32. Segundo apellido DELGADO
33. Primer nombre JOSE
34. Otros nombres ABRAHAN
35. Razón social:
36. Nombre comercial:
37. Sigla:

UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9
39. Departamento: Bogotá D.C. 1 1
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección CL 19 B 81 30 TO 3 AP 403 BRR HAYUELOS

42. Correo electrónico: joseaperez16@hotmail.com
43. Apartado aéreo
44. Teléfono 1: 2 6 3 8 7 1 4
45. Teléfono 2: 3 1 3 8 3 0 7 4 5 6

CLASIFICACION

Actividad económica
Actividad principal 46. Código: 8 5 6 0 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 3 2 0
Actividad secundaria 48. Código: 49. Fecha inicio actividad:
Otras actividades 50. Código: 1 2
Ocupación 51. Código:
52. Número establecimientos:

Responsabilidades

53. Código: 1 2

12- Ventas régimen simplificado

Usuarios aduaneros

Exportadores

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Forma 56. Tipo
57. Modo
58. CPC

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☒ NO ☐

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 2 0 1 3 0 3 2 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

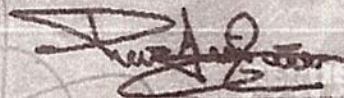
984. Nombre HIGUERA BELLO RAFAEL
985. Cargo: Gestor III

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.207.559**
PEREZ DELGADO

APELLIDOS
JOSE ABRAHAM

NOMBRES



FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **16-MAY-1967**

TASCO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.69
ESTATURA

O+
G.S. RH

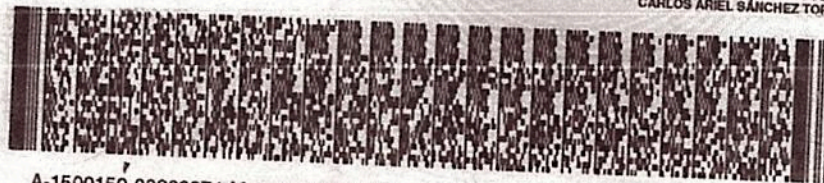
M
SEXO

20-NOV-1985 PAZ DE RIO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00302374-M-0004207559-20110520

0027020807A 1

1221328842

Referencia Bancaria

Lunes, 16 de Julio de 2018

A QUIEN PUEDA INTERESAR

BANCOLOMBIA S.A. se permite informar que JOSE ABRAHAN PEREZ DELGADO identificado(a) con CC 4207559, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	20265707334	2000/05/23	ACTIVA

*** Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 - Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales Telefónicas en el exterior: España (34) 900 995 717 - Estados Unidos (1) 1 866 379 97 14.

BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Paula Andrea Vélez Gómez

Gerente Estrategia Canal Telefónico

Es el
momento
de
todos



Bancolombia