Secretaría de Salud Subred Integrado 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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMARILDO DE JESÚS MENDOZA ARRIETA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	84039170							
CORREO ELECTRONICO:	imachucho1@yahoo.es				CELULAR:	3107086976							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DOCUMENTAL				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R09-KE10	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570040683								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2958 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 3			
NÚMERO DE CDP	35	FECHA	12/01/18	NÚMERO DE CRP	11170	FECHA	31/01/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativadentro 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	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.750.000
VALOR EJECUTADO	$2.500.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.250.000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
1011099389	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de marzo del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

AMARILDO DE JESUS MENDOZA ARRIETA
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:				**Sede:**						
No. DE CONTRATO:	**SO-2958-2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	AMARILDO DE JESUS MENDOZA ARRIETA				84.039.170		**DE**	S/JUAN DEL CESAR G	

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 XXXXXXX de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
. El contratista seobliga para con elcontratante a realizar las siguientes actividades: Especificas 1. Recibir y entregar las actividades objetode su contrato, en el grupo asignado registrando las novedades presentadas y las actividades desarrolidas al 100 %. 2. Realizar lostraslados solicitados en el vehiculo institucional pra el recibo y entrega de las historias clinicas a las diferentes sedes de la unidad de kennedy (tintal, floralia,hospital, paps, depositos de archivo) velando por ejercer el control interno con los registros de las planillas establecidas para tal fin tanto al recibo como a la entrega. 3. Recibir del personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas evoluciones y demás documentos de la historia clinica a traves del RIPS, planillas de control, radicados otros velando por su organizacion, foliado, control y custodia. 4. Entregar al personal de enfermeria o personal autorizado las historias clinicas solicitadas para atencionde! paciente o auditorias garantizando el control, custodia a traves de los RIPS o planillas según el procedimiento. 5. Realizar la organización foliado escaneado o digi	100%	Recibo de las Historias Clinicas de los servicios de urgencias, Pediatria, Maternidad, una a una según formato de entrega.	Recibidas 1,312 Historias Clinicas para procesar.
		Historias Clinicas de los servicios; Maternida.Urgencias, Pediatria entre otros servicios, Escaneadas	2,998 Historias clinicas digitalizadas y cargadas al programa innovador para servicio del hospital Kennedy.
		Historias Clinicas foliadas y digitalizadas	2998 historias clinicas
		Historias Clinicas Creadas en el sistema dinamica gerencial y verificadas para no duplicar No de carpeta.	Historias Clinicas anexadas en el aplicativo dinamica 502

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ~~$ 1.250.000~~ Un millon doscientos cincuenta mil pesos m/cte

AMARILDO DE JESUS MENDOZA ARRIETA

84039170

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Firma de recibido supervisor:

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-03-12, 12:29:50 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Numéro Planilla: 1011099389

Periodo Cotización: marzo de 2018 | Periodo Servicio: marzo de 2018 | Referencia pago (PIN): 8878576960

PAGADO 12/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	AMARILDO DE JESUS MENDOZA ARRIETA		
Documento	CC84039170	Dirección	CLL. 41 SUR NO. 72 H - 24
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5630348
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	MENDOZA ARRIETA AMARILDO DEJESUS	Identificación	CC 84039170
Total Afiliados	1	ARP	COLMENA VIDA Y RIESGOS PROFESIONALES

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	SLP	Días APF	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 84039170	AMARILDO DE JESUS MENDOZA ARRIETA	59	00																0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	$ 781,242	$ 125,000	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	$ 781,242	$ 97,700	2.436	$ 781,242	$ 19,100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 781,242	$ 781,242	$ 781,242	$ 0	$ 125,000	$ 97,700	$ 19,100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241,800	$ 0	$ 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 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de Imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

D O C U M E N T O S O P O R T E

NOMBRE . PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT . 900.097.333-9
CODIGO . 20596
FORMULA 8878576960

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	241800
			241800

DOCUMENTO

1803120005852366
CONSECUTIVO: 001

MAR 12, 18 12:13

12/Mar/2018 12:13 3100 05 0086 5203067
(COPIA CLIENTE)

COLSUBSIDIO
1 DE MAYO

AGENTE RETENEDOR DE IVA
NIT 860.007.336-1

Codigo	Descripción	Valor
Vv		
693927	RECAUDO PLANILLA S	241.800
	TOTAL --> $	241.800
	EFECTIVO	250.000
	CAMBIO	8.200

TOTAL ART. VENDIDOS = 0
DOCUMENTO ATENDIDO EN
12/Mar/2018 12:13 3100 05 0086 5203067

ATENDIDO POR: LILIANA CHACON

NUMERO DE BOLSAS: 0
12/Mar/2018 12:13 3100 05 0086 5203067
COLSUBSIDIO
CON TODO LO QUE TE MERECES