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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SAMIR ANDRES GUIO PEÑON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1013587653							
CORREO ELECTRONICO:	saguios.87@gmail.com				CELULAR:	3118323303							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PAPS ABASTOS SU39												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K30	100		0		0		0		0		0	
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24033572291								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0742 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3		
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP		18736	FECHA	28/03/2018	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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	4	2018		30	4	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:	$9.211.965
VALOR EJECUTADO	$9.211.965
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 **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
8477893971	$1,228,262	$153.600	$196.600	3	$30.000	**$380.200**

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

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SAMIR ANDRES GUIO PEÑON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

BOGOTA, D.C. ABRIL **2018**

CUENTA DE COBRO 3

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

SAMIR ANDRES GUIO PEÑON
CC. N° **1013587653** Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0742 - 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: TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

TOTAL: $ 3.070.655

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 24033572291
DEL BANCO: CAJA SOCIAL

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K30	100%	$ 3.070.655
TOTAL	100%	$ 3.070.655

	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 ($41.654.200.00)		X

CORDIALMENTE,

SAMIR ANDRES GUIO PEÑON
CC. N° 1013587653 Bogota
saguios.87@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3118323303

Scanned by CamScanner

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobació	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PÚBLICA					**Sede:** SUR				
No. DE CONTRATO:	0742 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.018		30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SAMIR ANDRES GUIO PEÑON		**C. C.**	1.013.587.653			**DE**	Bogotá D.C.	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales 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

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos diatritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. 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. 2. Desarrollo de Acciones undividuales y/o colectivas, jornadas y demas acciones requeidas por el Espacio Público, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred, Desarrollar acciones de control social, Información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización, Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas, Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud, Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud. Consolidar y fortalecer grupos de líderes	SI	1. Planeción de las acciones itinerantes con tematicas relacionadas enferemedades transmisibles enfocada al lavado de manos y accidentalidad. 2. Ejecución de 2 acciones itinerantes. 3. Desarrollo de reuniones de planeación con el equipo de los productos 1 y 2 de la acción integrada 1 del espacio público de la sub red suroccidente. 4. Verificación de formatos y ajuste de los mismos para auditoria. 5. Presentación de la respectiva preauditoria relacionada a las actividades ejecutadas durante el mes de Marzo de 2018. 6. Construcción del Informe mensual y trimestral de caracterizaciones. 7. Construcción del informe Trimestral de la acción integrada 1 productos 1 ,2, 8. Articulación con componetes de GESI y VCSP de la Subred Sur Occidente. 9. Apropiación conceptual lineamientos Barrios Promotores de la Salud Pública. 10. Asistencias técnicas sobre Barrios Promotores de la Salud Pública. 11. Participación en reuniones de grupos funcionales. 12. Articualción con el equipo de Gobernanza y Programas.	1. Planeación Mensual de las acciones itinerantes mes de abril del 2018. 3. Entrega de soportes de caracterización e informes respectivos del mes de Marzo 2018 a la auditoria. 4. Entrega informe mensual y trimestral relacionado a los productos 1 y 2 5. Realización de 2 acciones itinerantes. 6. Actas y listados de asistencia a: Asistenicas técnicas producto Barrios Promotores de la Salud Urbana, Grupos Funcionales, Articulaciones con Gobernanza y programas.
3. 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, entes de control. Asumir 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).	SI	1. Presentación de la respectiva preauditoria relacionada a las actividades ejecutadas durante el mes de marzo de 2018. 2. Envio del informe mensual y trimestral relacionada a los productos 1, 2 . 3. Seguimiento al avance de los productos 1 y 2.	1. Presentación de la respectiva preauditoria relacionada a las actividades ejecutadas durante el mes de marzo de 2018. 2. Envio del informe mensual y trimestral relacionada a los productos 1 y 2 . 3. Seguimiento al avance de los productos 1 y 2.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3070655 (TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE).

Samir Andres Guio Peñon 1013587653

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____

Fecha : 11/12/2017 Firma de recibido supervisor:_____

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

Scanned by CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013587653		GUIO PEÑON SAMIR ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 49B sur No. 8 - 89 Bl 2 apartamento 307	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7338594	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	329804262	8477893971	I	2018/04/12	2018/04/16	BANCO CAJA SOCIAL	4	$381,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0
1	CC 1013587653	GUIO SAMIR	230301	30	$1,228,262	$196,600	EPS017	30	$1,228,262	$153,600		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,262	$30,000	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,228,262	$196,600			$1,228,262	$153,600			$0	$0			$1,228,262	$30,000		$0	$0

PAGADO

Scanned by CamScanner