Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDÉN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEFERSON TINJACA LOPEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79518888							
CORREO ELECTRONICO:	jefersonlopez88@hotmail.com				CELULAR:	300 2888868							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	CAMI I FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	INVENTARIOS				SEDE:	SUR							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	R142	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570004470491459									PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2900-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 de 6			
NÚMERO DE CDP	1089	FECHA	20/06/2018	NÚMERO DE CRP	30122	FECHA	30/06/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO ADMINISTRATIVO I DE ALMACEN, 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 INSTITUCION									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		31	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.591.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO							

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:	$9.657.370
VALOR EJECUTADO	$9.657.370
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.591.000
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8328768370	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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

DAVID ERNESTO VARGAS QUINTERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JEFERSON TINJACA

JEFERSON TINJACA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	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:	ALMACEN UNIDAD SUR				**Sede:** ASDINCGO						
No. DE CONTRATO:	2900-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.018		31	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEFERSON TINJACA LOPEZ		**C. C.**	79.518.888			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar apoyo como TECNICO ADMINISTRATIVO I en el area de Almacen 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 institucion.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar en la entrega y verificación de los pedidos hechos por las diferentes dependencias de la institución.	SI	Se apoyo la entrega de los diferentes insumos de acuerdo a las solicitudes de los servicios	Se verificaron y entregaron los pedidos de los diferentes servicios.
2. Apoyar con la elaboración del listado actualizado de los elementos de baja rotación.	SI	Apoye al encargado del almacen en la revision de los elementos de baja rotacion	Sedio un informe de los diferentes productos con baja rotacion.
3. Recepción de facturas, comparándolas contra las remisiones entregadas por el auxiliar de terreno de los contratos de odontología, laboratorio clínico, papelería y medico quirúrgico	SI	Recepcione las diferentes facturas, de los servicios de odontologia, laboratorio y papeleria	Entregue las diferentes facturas previamente revisadas al encargado del almacen
4. Apoyar el diligenciamiento de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Se registra coherentemente bajo actas los bienes asignados bajo mi responsabilidad para su respectiva entrega al servicio.	Se anexan actas a los comprobante y se archivan.
5. Apoyar la realización de la ejecución de contratos, vigilando la recepción de los mismos y registrándolos.	SI	Apoye la ejecucion de los contratos de acuerdo a los terminos y condiciones de cada uno	Se hizo entrega de un informe de los contratos de acuerdo a su estado actual.
6. Depurar la información de los comodatos y entregas de convenios.	NO		
7. Realizar la verificación y recepción de los pedidos y las facturas pertinentes a la recepción de pedidos de las unidades.	SI	Se verifico las especificaciones tecnicas de los insumos entregados en el almacen.	Bajo remision y orden de pedido se corroboran los insumos entregados.
8. Enviar escaneada y físicamente las facturas efectivamente recibidas por su unidad, al almacén central para su verificación e incorporación al sistema.	SI	Una vez verificada la factura, se realizo el escaneo y envio al correo asignado para las facturas.	Se envian facturas al almacen central para su respectivo ingreso.
9. Realizar la planeación y organización logística para la entrega de insumos a los servicios asistenciales y administrativos de cada unidad.	SI	Se verifica junto con el tecnico de almacen las existencias de insumos y consolidacion de pedidos, para programar los recorridos.	Se archivan los soporte de recibido.
10. Elaborar proyección de entrega de insumos medico quirúrgicos, medicamentos y demás insumos en forma quincenal al servicio farmacéutico.	NO		
11. Generar proyección de entrega de insumos medico quirúrgicos, medicamentos y demás insumos en forma quincenal al servicio farmacéutico.	NO		
12. Realizar toma de inventarios aleatorios de forma mensual, semestral y anual, de acuerdo a la norma.	SI	Se realizo un aleatorio para verificar las cantidades en existencia vs sistema.	Se archiva en AZ con el respectivo punteo de los aleatorios designados.
13. Realizar la recepción, custodia, seguimiento, control y dispensación, de todos y cada uno de los insumos y elementos ingresados a cada almacén.	SI	Se realizo recepcion, custodia, seguimiento, control y dispensacion de los insumos entregados en el almacen.	Se mantiene el control y gestion de insumos existentes en el almacen.
14. Coadyuvar al cumplimiento de la gestión institucional, mediante el cumplimiento de las metas contractuales establecidos en los procesos del área.	SI	Se contribuyo en verificar y cumplir con los respectivos procedimientos que realizo en el area de almacen.	Se generan los respectivos soportes para verificacion de las actividades innerentes al almacen.
15. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional.	SI	Se mantiene un constante cuidado de los elementos que proporciona la institucion para el desempeño de las actividades.	Se mantiene un cuidado constante de los elementos.
16. Desarrollar de manera activa el plan de manejo de gestión Documental.	SI	Se registra bajo folio los respectivos soportes que sustenta almacen para las entregas realizadas a los servicios o unidades.	Se archiva los comprobantes generados en el mes.
17. Las demás que sean asignadas y que sean inherentes a las actividades.	SI	Se gestiono y se programo las respectivas actividades de almacen para llevar acabo el cumplimiento de entregas solicitadas.	Se lleva soportes de actividades realizados por el area de almacen.

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA DOS (02) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($ 1'591.000) UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS M/CTE.

CONTRATISTA JEFERSON TINJACA

JEFERSON TINJACA LOPEZ
CC 79 518 888 DE BOGOTA

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor 31/07/2018

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

Señor(a): JEFERSON TINJACA LOPEZ
No. Identificación: CC 79518888
Dirección: CRR 88D 8C21
Teléfono: 3002888868 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8328768370

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:

compensar | miplanilla.com

Nombre	JEFERSON TINJACA LOPEZ
Tipo y Número de Identificación	CC 79518888
Número Planilla	8328768370
Fecha de Pago	7/12/2018
Número de Autorización de Pago	72947476
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Julio 2018
Periodo Cotización Pensión	Julio 2018
Periodo Cotización Caja	Julio 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	$241.800
Total interes Mora	$0

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
230301	Porvenir	$125.000	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79518888
APELLIDOS Y NOMBRES TINJACA LOPEZ JEFERSON

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSION	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	230301	0	781.242	781.242	781.242	0	97.700	125.000	19.100	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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