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. Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**GUSTAVO ALEJANDRO CHIVATÁ ALDANA**						
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C**	X	**C.E**		**NO.**	80817201	
CORREO ELECTRONICO:	alejandro.chivata@gmail.com				**CELULAR:**	3112442789	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUR		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Salud Pública				**SEDE:**	USS 39 PAPS ABASTOS	
CENTRO DE COSTOS:	**Centro de costo**				**%**		
	K30				**100**		
ENTIDAD FINANCIERA:	**DAVIVIENDA**				**TIPO DE CUENTA:**	**Ahorros**	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	001770102448				**PENSIONADO**	No	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**0585 -2018**				**N° DE PAGOS DEL CONTRATO**			**12 DE 12**		
NÚMERO DE CDP	2121	**FECHA**	27/12/2018	**NÚMERO DE CRP**		51325		28/12/2018		
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	1	2019		15	1	2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.535.328									
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:	$35.312.533
VALOR EJECUTADO	$35.312.533
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.535.328
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
32095360	$1.228.266,00	$ 153.600	$ 196.600	3	$ 30.000	**$ 380.200**

Dado en Bogotá el mes de **ENERO** del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GUSTAVO ALEJANDRO CHIVATA ALDANA

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 aprobació	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Salud Publica - Servicios de Acogida			**Sede:** USS 39 PAPS ABASTOS - Subred de servicios integrados de salud Sur occidente						
No. DE CONTRATO:	0685-2018	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	1	2.019		15	1	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Gustavo Alejandro Chivatá Aldana		C. C.	80.817.201			DE	Bogotá		

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. Dar cumplimiento a las actividadesy metas periodicas, designadas en el plan de accion, con base en las fichas tecnicasy lineamientos definidos por la SDS ESE.	SI	Actividades de Desarrollo comunitario 9 Acciones individuales (Encuestas de Actividad Fisica) 23	Se da cumplimiento para el mes desde el perfil de Educador Fisico, a las actividades de Desarrollo de Comunitarios (9),con su respectiva ficha tecnica y relatorias y (23) acciones individuales (Entrevista de actividad fisica), los cuales se ejecutan en las localidades Bosa, Fontibon, Kennedy y Puente Aranda.
2. Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina lineamiento.	SI	Para el mes se desarrollan 9 actividades de desarrollo comunitario y 23 acciones individuales (encuestas de actividad fisica, en las localidades ya mencionadas. De igual forma se realizan 1 actividades de Jornadas de prevencion del uso nocivo del Alcohol. 1 - localidad de Kennedy	Recorridos para identificar puntos o zonas de consumo de sustancias psicoactivas y zona de bares donde se presenta consumo de alcohol, para la realizacion de Jornadas de prevencion del uso nocivo del Alcohol. Los cuales quedan plasmados en las actas de concertacion entregadaspor la gestora.
3. Participar activamente en las jornadas de salud publica (comunitarias institucionales entre otras) programadas tanto por la SDS como la subred sur occidente a las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Se realiza para este mes 1 jornadas de prevencion uso nocivo de bebidas alcoholicas, en las localidades de kennedy. Ya concertadas y avisadas por la lider del equipo.	para estas jornadas se entrega 1 listados de 20 personas sensibilizadas hacia el consumo responsable de bebidas alcoholicas.
4. Realizar induccion a demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes serviciosasistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	se entregan canalizaciones por parte del perfil de educador fisico, realizado a los diferentes participantes y en los servicios ofertados por el equipo de servicios de acogida.	Se entregan canalizaciones a los lideres de los equipos de Kennedy, Fontibón, Pte Aranda y Bosa.
5. Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto a la E.S.E, como de la firma auditora y/o SDS.	SI	Para este mes se desarrollaron acciones de control en los formatos de relatorias y asistencia a las actividades de desarrollo comunitario generadas por el equipo de profesionales en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibon y Puente Aranda.	Se desarrollan acciones de control en los formatos de relatorias y asistencia a las actividades de desarrollo comunitario tanto a la E.S.E, como de la firma auditora y/o SDS.
6. Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	Durante el mes se realizaron en las localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibon, en actividades de desarrollo comunitario.	Desarrollo de espacios comunitarios
7. Informar a los individuos , familia y otros colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se informa a los participantes y comunidad en general sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social, en los diferentes grupos de desarrollo comunitario, jornadas y acciones individuales.	Se informa en los grupos de desarrollo comunitario, jornadas y acciones individuales.
8. Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	SI	Durante el mes se participo se sensibilizo a los veedores locales sobre la importancia de la participacion social con el fin de fortalecer las acciones y la gestion.	Se informa a los veedores sobre las diferentes acciones en terreno donde se ve reflejado en las actas con veedores.
9. Realizar entrega de soportes y velar porla custodia de los mismos	SI	Durante el mes se realiza en las localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibon 45 acciones individuales (Entrevistas de Actividad Fisica), y 17 actividades de desarrollo comunitario dejandolo organizado por fecha en las diferentes AZ por localidad y por acciones tanto individuales como grupales	Se entregan los formatos respectivos con el perfil profesional oprganizados, sin tachones ni enmendaduras formatos de actividades grupales como listados de participantes y la relatoria que lo soporta de igual forma de los formatos de entrevista individual, para medir los riesgos en actividad fisica.
10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requeridos acordde a la preauditoria del referente del espacio asignado	SI	Durante el mes se realizaron en las localidades de Bosa, Kennedy, Puente Aranda y Fontibon 23 acciones individuales (Entrevistas de Actividad Fisica), y 9 actividades de desarrollo comunitario, los cuales se entregan en las fechas establecidas por la lider.,	Se entregan los formatos respectivos con el perfil profesional oprganizados, formatos de actividades grupales, y formatos de entrevista individual
11. Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos acorde con las preauditorias del referente del espacio asignado	SI	Se realizo la entrega de soportes de cumplimiento de meta mensual Entregando Carpetas debidamente marcadas, organizadas de la siguiente manera: 9 Actividades de Desarrollo comunitario del Perfil de Educador fisico. 23 Acciones individuales (Entrevistas en Actividad fisica)	Entrega de soportes de cumplimiento de meta mensual , donde se aseguró la organizacion de dicha papeleria según estándares de calidad.
12. Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos	SI	Para el mes se entrega con calidad el 100 % de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos	Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.
13. Asistir a las asietencias tecnicas convocadas por la Subred Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Para el mes se presenta con calidad el 100 % de soportes correspondientes a lo establecido por lineamientos y lo requeriquerido	Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.
14. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportuna o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Para el mes NO APLICA GLOSA	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)

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $1.635.533 Un Millon Quinientos Treinta y Cinco Mil Quinientos Treinta y Tres pesos M/C

Gustavo Alejandro Chivatá Aldana — cc 80.817.201 Btá

CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

Identificación	80817201	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	4044548
Razón Social	GUSTAVO ALEJANDRO CHIVATA ALDANA	Dirección	KR 103B 23 G 14	Fecha Pago	26/12/2018
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Diciembre-18
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	32095360	Periodo Pensión	Diciembre-18
Total a Pagar	$380,200	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

compensar | miplanilla.com

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808	1	$1,228,262	$196,600	$0	$0	$0	$0	$0		$196,600
Totales				$1,228,262	$196,600	$0	$0	$0	$0	$0		$196,600

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$1,228,262	$153,600	$0	$0		$0		$0		153600	$153,600
Totales				$1,228,262	$153,600	$0	$0		$0		$0		$153,600	$153,600

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-28	ARP Sura	800256161	1	$1,228,262	$30,000	$0				30000	$30,000

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001

Este carné es válido en Colombia.
Será exigido para entrar a zonas de riesgo.

Consérvelo

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO.

MINSALUD — GOBIERNO DE COLOMBIA

Certificado de Vacunación del Adulto

Nombres: GUSTAVO ALEJANDRO

Apellidos: CHIVATA AIDANA

Documento de identidad: C.C. X T.I. Pasaporte No. 80817201

Fecha de Nacimiento: Día. 25 Mes. 09 Año. 1984

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
Sarampión Rubéola	Única	16-01-19	0128W13002 31-12-2020	Claudia Peña
Fiebre amarilla	Única			
Toxoide Tetánico Diftérico (Td)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Hepatitis B	1			
	2			
	3			

Biológico	Dosis	Fecha	Fabricante y Lote	Firma
VPH	1			
	2			
	3			
Anti rábica	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Influenza	Anual	14-03-2018	N3021800J	papsico-ef
Otras				