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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE LUIS LARA AMARIS												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	19,774,944							
CORREO ELECTRONICO:	jlaramaris@gmail.com				CELULAR:	3133181688							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					KENNEDY								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PATOLOGIA				SEDE:	KE10							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	L01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00570108886								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2380 -2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		10 DE 10				
NÚMERO DE CDP				NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR CADENA DE CUSTODIA									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.416.018									
TIPO DE SERVICIOS	ADMINISTRATVO	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$14.190.234
VALOR EJECUTADO	$14.190.234
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.416.018
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
8330838628	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de Noviembre del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

LUDDY MARTIN BACCI
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOSE LUIS LARA AMARIS
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:	**PATOLOGIA**				**Sede: KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	2380 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JOSE LUIS LARA AMARIS**		**C. C.**		**19.774.944**		**DE**	**TALAIGUA**	

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 AUXILIAR CADENA DE CUSTODIA 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
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista: el contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: Especificas: (conforme a las contenidas al requerimiento) Generales: además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes. Al Sistema General de Seguridad Social Integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales y establecidos y de los 15 primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno, acorde el desarrollo dela responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional dentro del desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del Sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema único de acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación cultural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo del as responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y procedimientos definidos en el marco de la operación la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar en las acciones preventivas y o correctivas, y o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre la subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de servicios de Salud será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato realizar las gestiones necesarias pendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. El CONTRATISTA: cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia misma de la misión médica.	**100**	• Revisar el correcto embalado de los E.M.P de las diferentes dependencias del hospital de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente para garantizar la conservación del elemento material de prueba. • Informar constantemente mediante oficios a las autoridades competentes la recolección de los EMP o EF recolectadas en el hospital. • Almacenar y clasificar cada uno de los EMP o EF de acuerdo a sus características en el almacén transitorio de evidencias. • Custodiar, almacenar los elementos recolectados como material de prueba conforme a lo establecido en la normatividad vigente. • Remitir a otra autoridad el elemento material de prueba cuando sea solicitado verificando previamente la noticia criminal. • Depuración de los EMP o EF recolectados si la autoridad competente no lo solicita o si sus características lo exigen, dejando las respectivas actas debidamente diligenciadas. • Capacitación constante del personal asistencial que entra en contacto con los EMP oEF.8. Y las demás funciones asignadas por el jefe inmediato relacionadas con el área de patología.	• Revision diaria de los E.M.P. • Envio de comunicados correspóndientes a la URI de Kennedy solicitando recolecion de la evidencia. • Evidencia almacenada segun su clasificacion. • Entrega de evidencia fisica a la autoridad competente. • Actas de capacitacion al personal que tenga contacto con los E.M.P..

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS DIEZ Y SEIS MIL CERO DIEZ Y OCHO PESOS (1,416.018)

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	**Fecha : – /11 / 2018 Firma de recibido supervisor:_**
JOSE LUIS LARA AMARIS C.C. 19,774,944	**LUDDY MARTIN BACCI**

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

Señor(a): JOSE LUIS LARA AMARIS
No. Identificación: CC 19774944
Dirección: CARRERA 91 # 131 - 12
Teléfono: 7533327 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8330838628

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	jose luis lara amaris
Tipo y Número de Identificación	CC 19774944
Número Planilla	8330838628
Fecha de Pago	11/6/2018
Número de Autorización de Pago	30838628
Banco	1052
Valor Comisión	$0

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

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$19.100	1
231001	Colfondos	$125.000	1
EPS005	Sanitas EPS	$97.700	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 19774944
APELLIDOS Y NOMBRES lara amaris jose luis

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS005	231001	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

Pago 8330838628

CC. 19774944

CA 313 3781688

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

4-12 CC. 19.774944

MES OCUBRE

CEL 3135318168

NOV 03 2018 11:44:11 REMICT 8.11
SURTIMAX SUBA
CLL 140 92-30
CORRESPONSAL
BANCO AV VILLAS
C. JURIDICO: 001220796 TER: 07916004
C. BANCO: 0052
ID CAJERO: 0026258936 RECIBO: 009605 RRN: 014711 APRO: 011427

RECAUDO
SERVICIO: 1138
FACTURA: 0000000000000008330838628
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 241.800

BANCO AV VILLAS es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuníquese al:
01 8000518000
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
FECHA PLANILLA: 2013/10
VALOR PLANILLA: $ 241.800
VALOR COMISION: $ 0
VALOR IVA: $ 0
PAGO APLICADO EN MM/DD: 11/06
*** CLIENTE ***

SURTIMAX SUBA

1773/5 PILA COMPENSAR 241.800
Factura: 8330838628
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 241.800
EFECTIVO 241.800
FACTURAS APERTURADAS
Fac 8330838628 Aprv 011427 BANCO AV
CAMBIO 0.00
DISCRIMINACION TARJETAS IVA
TARJETA COMPRA BASE/IMP IVA
-002- 241800 241800 0
TOTAL 241800 241800 0

TIQUETE 0598 00/06/2018
RES DIANA 18762007967387 DE 01-ENE-2018
RANG.AUT.0598 00205736B4 al 0023999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS : 1
Numeración Factura P.V. No. 598-000 000 0
AUTORRETENEDOR RES 8525 DE 16-NOV-2011
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7420999

06-NOV-2018 11:44 0598 02 0107 8960

598 8.23Sa

feb