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:	EDWIN JULIAN MEJIA GALEANO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1106453937							
CORREO ELECTRONICO:	edwinsena01@misena.edu.co				CELULAR:	3114536688							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				SEDE:	FO-09CADE							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K32	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	10083191746								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5919-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	1766	FECHA	30/10/2018	NÚMERO DE CRP	46986	FECHA	31/10/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	11	2018		30	11	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395									
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:	$2.366.313
VALOR EJECUTADO	$2.366.313
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
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
8331256302	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Edwin Mejía. cc.1106453937.
EDWIN JULIAN MEJIA GALEANO
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	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA			Sede: SALUD PUBLICA FONTIBÓN						
No. DE CONTRATO:	5919-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	11	2.018		30	11	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN JULIAN MEJIA GALEANO		C. C.	1.106.453.937			DE	SAN LUIS	

OBJETO DEL CONTRATO: Pretar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de pic, dentro de loa 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
APOYAR LA DIGITACIÓN DE BASES DE DATOS DEL PROGRAMA SALUD URBANA Y LAS DEMÁS QUE SE DERIVEN DE LOS EQUIPOS DEL PROGRAMA.	SI	*SE REALIZA EL INGRESO DE 260 FORMATOS DE DISCAPACIDAD EN BASE DE DATOS NACIONAL Y DISTRITAL SEGÚN CORRESPONDA *SE REALIZA EL INGRESO DE 150 FORMATOS DE SIVESO EN EL APLICATIVO SIVIGILA	BASES DE DATOS DIGITADAS Y ENVIADAS A SDS
EFECTUAR PROCESOS DE CONTROL DE CALIDAD DE LOS CONTENIDOS DE LAS FICHAS Y FORMATOS.	SI	SE DILIGENCIÓ TABLERO DE CONTROL JUNTO CON LOS HALLAZGOS DE LA PRE CRÍTICA REALIZADA QUE SE ENCUENTRA EN EL DRIVE	TABLERO DE CONTROL DILIGENCIADO
RECIBIR Y APLICAR LAS ORIENTACIONES DEL TECNÓLOGO LOCAL DE SISTEMAS SEGÚN INDICACIÓN DEL SUPERVISOR Y ESTABLECER LOS MECANISMOS PARA INFORMACIÓN.	NO	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES	
SUMINISTRAR LOS DATOS Y LA INFORMACIÓN DE LAS BASES DE DATOS EN EL ARCHIVO PLANO CUANDO SEAN REQUERIDOS PREVIA VERIFICACIÓN PARA ENTREGA.	SI	EL DIA 15 DE NOVIEMBRE SE REALIZA APOYO A LA REFERENTE DE CRONICOS	CRUCE BASE DE DATOS
CONSOLIDAR LOS RESULTADOS DE SUS ACTIVIDADES SEGÚN LOS INSTRUMENTOS DE SEGUIMIENTO QUE SE HAYAN ESTABLECIDO.	SI	SE DILIGENCIÓ TABLERO DE CONTROL JUNTO CON LOS HALLAZGOS DE LA PRE CRÍTICA REALIZADA QUE SE ENCUENTRA EN EL DRIVE	TABLERO DE CONTROL DILIGENCIADO
APOYAR AL TECNOLOGO DE SISTEMAS EN EL CRUCE ENTRE LOS DATOS DE LAS CANALIZACIONES CON LAS DIFERENTES BASES DE DATOS EXISTENTES EN LA ESE, PARA IDENTIFICAR LA EFECTIVIDAD DE LAS CANALIZACIONES.	NO	NO SE PROGRAMA PARA ESTE MES	
VERIFICAR LOS ERRORES DE ESTRUCTURA DE LOS DATOS (CALIDAD DEL DATO) EN CONJUNTO CON EL COORDINADOR DE GESTIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS, TENIENDO EN CUENTA QUE LA REVISIÓN DE LA CALIDAD ES UN PROCESO PERIÓDICO Y SISTEMÁTICO, QUE DEBE SER DOCUMENTADO YA QUE CONSTITUYE EL SOPORTE PRINCIPAL DE LA VALIDEZ DE LA INFORMACIÓN REGISTRADA EN EL APLICATIVO.	SI	SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN POR COMPROBADOR DE DERECHOS Y GEOCODIFICADOR DE DIRECCIONES DE LOS REGISTROS DE DISCAPACIDAD CON UN TOTAL DE 260 REGISTROS VERIFICADOS *SE REALIZÓ LA VERIFICACIÓN POR COMPROBADOR DE DERECHOS Y GEOCODIFICADOR DE DIRECCIONES DE LOS REGISTROS DE SISVESO CON UN TOTAL DE 150 REGISTROS VERIFICADOS	REGISTROS VERIFICADOS
ELABORAR Y PRESENTAR CRONOGRAMAS MENSUALES CORRESPONDIENTES A LAS ACTIVIDADES E INFORMES DE GESTIÓN Y/O DESARROLLO DEL PROCESO EN LOS TIEMPOS DEFINIDOS EN LOS LINEAMIENTOS Y/O POR LA INSTITUCIÓN.	SI	SE REALIZO CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE NOVIEMBRE PARA EL MES DE DICIEMBRE	SE ENVIA POR CORREO ELECTRONICO
INFORMAR OPORTUNAMENTE SOBRE CUALQUIER EVENTUALIDAD QUE INTERFIERA EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS.	SI	SE INFORMA DE MANERA OPORTUNA Y CONTINUA LAS EVENTUALIDADES PRESENTADAS CON LAS BASES DE DATOS O APLICACIONES DE CONSULTA	DUDAS RESUELTAS
ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS AL INTERIOR DEL HOSPITAL (COMITÉ, COVES, COVECOM) Y EN ESPACIOS EXTRA INSTITUCIONALES LOCALES Y DISTRITALES SOBRE EL ÁREA DE INTERÉS Y QUE GENEREN CONSTRUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO, SOCIALIZANDO POSTERIORMENTE LA INFORMACIÓN OBTENIDA.	SI	*EL DIA 8 DE NOVIEMBRE SE ASISTE A CONVERSATORIO DE VIOLENCIA INFANTIL	ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.613.395 UN MILLON SIESCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE.

Edwin Julian mejia Galeano cc.1106453937

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Edwin mejia.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido Supervisor

SMITH EDITH LOZANO GUEVARA

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

Señor(a): EDWIN JULIAN MEJIA GALEANO
No. Identificación: CC 1106453937
Dirección: CL 64G 70C 41
Teléfono: 5400964 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8331256302

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	EDWIN JULIAN MEJIA GALEANO
Tipo y Número de Identificación	CC 1106453937
Número Planilla	8331256302
Fecha de Pago	11/19/2018
Número de Autorización de Pago	38930495
Banco	1023
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	$105.600
Total Interes Mora	$600

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$8.400	1
230301	Porvenir	$54.600	1
EPS002	Salud Total EPS	$42.600	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1106453937
APELLIDOS Y NOMBRES MEJIA GALEANO EDWIN JULIAN

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS002	230301	0	338.867	338.867	338.867	0	42.400	54.300	6.300	0

TIPO DOC.:
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACION SALUD	COTIZACION PENSION	COTIZACION RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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