CUENTA DE COBRO

LA UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO DEL VALLE DEL CAUCA

DEBE A:

HERNAN EDUARDO CARDENAS MAYORQUIN, identificado con cédula de ciudadanía No. 94357409, Período de Pago: Octubre por valor de **TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL PESOS M/CTE. $3.740.000,00 Mcte** por concepto de honorarios por ejecución de contrato de prestación de servicios No. 410-22-06.20230700.

Nro. De Planilla depago de Salud, Pensión y ARP 1057323775 - 1058286306

Valor cancelado $ 884.200



FIRMA DEL CONTRATISTA
CC. No. 94357409

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-10-13, 01:12:21 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1057323775

Periodo Cotización 202309 **Periodo Servicio** 202309

Cliente:

PAGADA 2023-10-13

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HERNAN EDUARDO CARDENAS MAYORQUIN				
Documento	CC 94357409	**Dirección**	CARRERA 5 16-67		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167565270		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ANDALUCIA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 94357409		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CARDENAS MAYORQUIN HERNAN EDUARDO	76834000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.496.000	25-14		16 %	$ 1.496.000	$ 239.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.496.000	$ 187.000	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 1.496.000	$ 15.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 239.400	$ 0	$ 0	$ 187.000	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2023-10-23, 03:33:19 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1058286306

Periodo Cotización 202310 **Periodo Servicio** 202310

Cliente:

PAGADA 2023-10-23

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HERNAN EDUARDO CARDENAS MAYORQUIN				
Documento	CC 94357409	**Dirección**	CARRERA 5 16-67		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3167565270		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	ANDALUCIA	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 94357409		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CARDENAS MAYORQUIN HERNAN EDUARDO	76834000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.496.000	25-14		16 %	$ 1.496.000	$ 239.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.496.000	$ 187.000	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 1.496.000	$ 15.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 239.400	$ 0	$ 0	$ 187.000	$ 15.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 442.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

CE-006 - 0000000100 – 2023

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 94357409
NOMBRES Y APELLIDOS	Cardenas Mayorquin,Hernan Eduardo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Independiente Con Contrato De
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

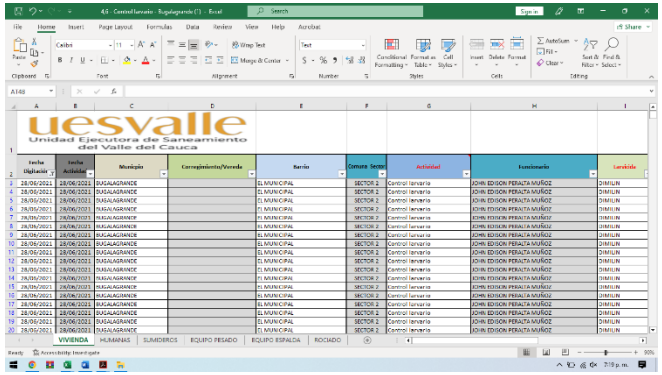
La presente se expide a nombre de Cardenas Mayorquin,Hernan Eduardo, a los 19 días del mes de octubre del año 2023.

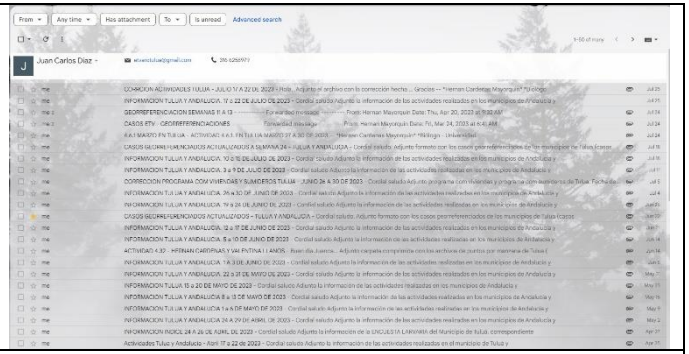
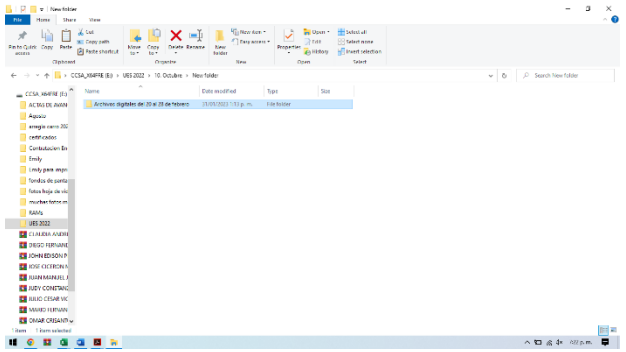
NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

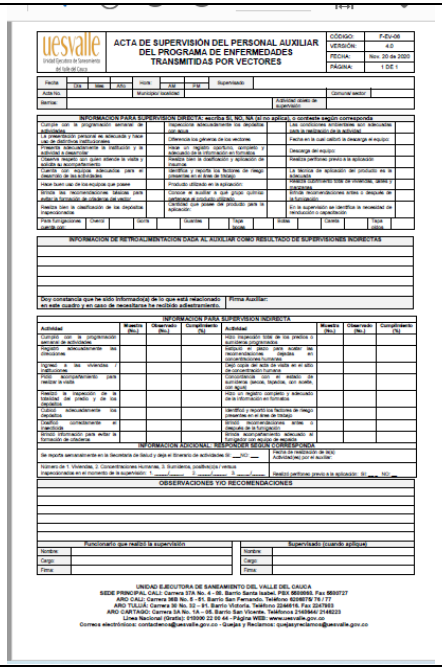
Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

Nombre del Contratista: Hernan Eduardo Cardenas Mayorquin	**Nº del Contrato:** 410-22-06.20230700
Entidad: Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca - UESVALLE	
Objeto del Contrato: Prestar servicios profesionales llevando a cabo acciones de vigilancia y control de artrópodos vectores de enfermedades de interés en salud pública en los municipios del área geográfica del ARO TULUÁ, aplicando las estrategias de entornos saludables y atención primaria en salud.	
Supervisor: Hazel Annie Viveros Holguín	**Periodo del Informe:** Octubre 1 a 31 de 2023

No.	ACTIVIDADES ESPECIFICAS CONTRACTUALES	ACTIVIDADES DESARROLLADAS	EVIDENCIAS
1	Realizar las actividades definidas en la programación del proceso ETV entregadas por responsable del ARO y área misional entre ellas: la inducción, reinducción, entrenamientos y capacitaciones pertinentes para las actividades que se desarrollaran a nivel de entorno hogar, comunitario, institucional, educativo y laboral con énfasis en la encuesta aédica, inspección y control a viviendas, sumideros, sitios de concentración humana, educación del proceso, manejo y uso adecuado de los insumos críticos y hacer la investigación y control a brotes y epidemias arbovirosis y otras enfermedades transmitidas por vectores con manejo integrado de vectores acorde a los lineamientos del Ministerio de Salud y protección social.	Realizar la verificación directa e indirecta por funcionario de las actividades del proceso en el municipio de Tulua, en los formatos y procedimientos establecidos: 40 Actividades Realizadas. Educación Sanitaria para el control de criaderos del vector del dengue. 5 actividades realizadas. Programación Semanal: 4 Actividades Realizadas. Reunión Mensual: 1 Actividad Realizada. Elaboración y reporte de información mensual y firma de acta de avance: 1 Actividad Realizada.	

			
2	Apoyar al responsable del proceso gestionando, consolidando, revisando y ajustando la información generada en las actividades del proceso ETV y de la situación de dengue y otras ETV en el o los municipios asignados; elaborar y presentar informes, cuadros y gráficas que se requieran y hacer el seguimiento a las actividades del proceso y del POA de acuerdo a los lineamientos establecidos.	La información recibida por parte de los auxiliares de campo se descarga del servidor ETV UES, se procesa y se ajusta a los formatos SISA. Se remite posteriormente al departamento de estadístico.	

3	Presentar de manera semanal al supervisor del contrato el cronograma, seguimiento de las actividades asignadas bajo su responsabilidad y contar con las evidencias de lo realizado entre ellos el registro de información, análisis, informe y retroalimentación de actividades ejecutadas del programa.	Semanalmente se entregan física y digitalmente la información de las actividades misionales realizadas por los auxiliares. De igual manera, se entregan las actividades de supervisión, educaciones sanitarias, registros de concentraciones humanas, entre otros	
4	Entregar al área de estadística del ARO los soportes de la información por vía correo electrónico y formatos en físico de las actividades del proceso ETV, también deben contar con un dispositivo móvil o medio tecnológico que le permita verificar y hacer seguimiento a las visitas realizadas por el personal en el área operativa en la aplicación móvil App ETV UES, además garantizar que la información del proceso ETV repose en los archivos del ARO, cumpliendo con las normas de Gestión Documental.	Se envían al correo electrónica de ETV la información para que sea procesada en el área de estadística. Toda la información obtenida por parte de los auxiliares se consigna en los formatos propios del proceso.	
5	Apoyar al responsable del proceso asistiendo a los COVE municipales del ARO correspondiente o reuniones intersectoriales de ETV	Esta actividad se realiza una vez exista la invitación. El responsable del proceso ETV es quien asigna al supervisor que va a asistir.	Esta actividad aun no ha sido asignada para el mes de agosto

6	Brindar apoyo al responsable del proceso en la supervisión del personal de contrato de los procesos de ETV en el ARO cuando se le solicite.	4. 24. Durante el mes de octubre, se realizó la verificación directa e indirecta por funcionario de las actividades del proceso en el municipio de Tulua, en los formatos y procedimientos establecidos: 40 Actividades Realizadas.	

uesvalle Unidad Ejecutora de Saneamiento del Valle del Cauca

ACTA DE SUPERVISIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

CODIGO:	F-EV-06
VERSION:	4.0
FECHA:	Nov. 20 de 2020
PAGINA:	1 DE 1

Fecha | Día | Mes | Año | Hora: | Sup | Sup | Supervisado

Acta No. | Municipio/ localidad | Comuna/ sector

Barrio / | Actividad diseño de Supervisión

INFORMACION PARA SUPERVISION DIRECTA: escriba SI, NO, NA (si no aplica), o cantidad según corresponda

Cumple con la programación semanal de actividades	Inspecciona adecuadamente los depósitos con larvas	Usa soluciones ambientales son adecuadas para la aplicación de la solución
La presentación personal es adecuada y trae uso de distintivos institucionales	Diferencia los géneros de los vectores	Fecha en la cual calibró la dosificación el equipo:
Presenta adecuadamente la institución y la actividad a realizar	Hace un registro oportuno, completo y adecuado de la información en formatos	Descarga del equipo:
Observa, respeta y da buen manejo a la visita y solicita su acompañamiento	Realiza bien la clasificación y aplicación de insumos	Realiza perifoneo previo a la aplicación
Cuenta con equipo adecuados para el desarrollo de las actividades	Identifica y reporta los factores de riesgo presentes en el área de trabajo	La técnica de aplicación del producto es la adecuada
Hace buen uso de los equipos que posee	Producto diluido en la aplicación:	Realiza recomendaciones sobre el ambiental, aseo y cuidados
Brinda las recomendaciones básicas para evitar la formación de criaderos de vector	Conoce el auxiliar si sus grupo cuenta con vacunas y el estado vigente	Brinda recomendaciones antes y después de la fumigación
Realiza bien la clasificación de los depósitos inspeccionados	Clarifica que posee del producto para la aplicación:	En la supervisión se identifica la necesidad de renovación o capacitación

Para Tomar(quienes cuenta con): | Dom(d) | Lun(n) | Martes | Mier (mm) | Jueves | Vier (jj) | Sabado | Dom (dd)

INFORMACION DE RETROALIMENTACION DADA AL AUXILIAR COMO RESULTADO DE SUPERVISIONES INDIRECTAS

Doy constancia que he sido informado(a) de lo que está relacionado en este cuadro y en caso de necesitarse he recibido adiestramiento. | Firma Auxiliar:

INFORMACION PARA SUPERVISION INDIRECTA

Actividad	Muestra (No.)	Observado (No.)	Cumplimiento (%)	Actividad	Muestra (No.)	Observado (No.)	Cumplimiento (%)
Cumple con la programación semanal de actividades				Inspección total de los predios o viviendas programadas			
Registro adecuadamente las visitadas				Indaga si pasó para aplicar las recomendaciones dejadas en comunicaciones anteriores			
Ingreso a las viviendas				Deja copia del acta de visita en el sitio de inspección			
Pide acompañamiento para realizar la visita				Hace uso de los equipos de conformidad con el estado de suficiencia (pesa, tijeras, con aceite, con agua)			
Realiza la inspección de la totalidad del predio y de los depósitos				Hace un registro completo y adecuado de la información en formatos			
Cubrió adecuadamente los depósitos				Identifica y reporta los factores de riesgo presentes en el área de trabajo			
Explica correctamente el objetivo				Brinda recomendaciones antes y después de la fumigación			
Brinda información para evitar la formación de criaderos				Fumiga con equipo adecuado, en buen estado y con equipo de seguridad			

INFORMACION ADICIONAL: RESPONDER SEGÚN CORRESPONDA

De reporte semanalmente en la Secretaría de Salud y deja el itinerario de actividades de: ___SI/ ___NO

Número de 1. Viviendas, 2. Concentraciones humanas, 3. Sumideros, pozos/letrinas / ventas inspeccionadas en el momento de la supervisión: 1. ____ 2. ____ 3. ____

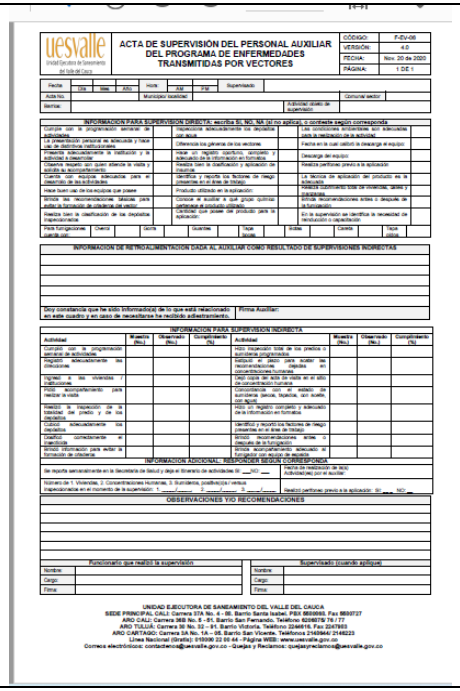
Fecha de realización de la(s) Actividad(es) por el Auxiliar:

Realizó perifoneo previo a la aplicación: SI ___ NO ___

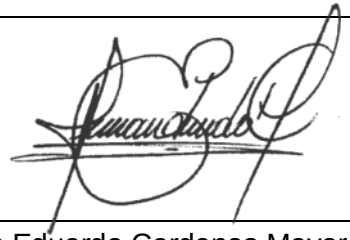
OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Funcionario que realizó la supervisión		Supervisado (cuando aplique)	
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	
Firma:		Firma:	

UNIDAD EJECUTORA DE SANEAMIENTO DEL VALLE DEL CAUCA
SEDE PRINCIPAL CALI: Carrera 37A No. 4 – 06. Barrio Santa Isabel. PBX 8893868. Fax 8893727
ARO CALI: Carrera 36B No. 5 – 81. Barrio San Fernando. Teléfono 8206878 78 / 77
ARO TULUÁ: Carrera 30 No. 33 – 91. Barrio Victoria. Teléfono 2246518. Fax 2247693
ARO CARTAGO: Carrera 3A No. 1A – 95. Barrio San Vicente. Teléfonos 2148644/ 2148223
Línea Nacional (Gratis): 018000 22 66 44 - Página WEB: www.uesvalle.gov.co
Correos electrónicos: contactenos@uesvalle.gov.co - Quejas y Reclamos: quejasyreclamos@uesvalle.gov.co

7	Brindar apoyo al responsable del proceso en la supervisión del personal de contrato de prestación de servicios cuando se le solicite.	4. 24. Durante el mes de octubre, se realizó la verificación directa e indirecta por funcionario de las actividades del proceso en el municipio de Tulua, en los formatos y procedimientos establecidos: 40 Actividades Realizadas.	

ACTA DE SUPERVISIÓN DEL PERSONAL AUXILIAR DEL PROGRAMA DE ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR VECTORES

Firma: 		**Firma:** 	
Nombre: Hernan Eduardo Cardenas Mayorquin		**Nombre:** Hazel Annie Viveros Holguín	
Documento de Identificación: 94357409		**Documento de Identificación:** 38870766	
CONTRATISTA		**APOYO A LA SUPERVISIÓN**	