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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	YEISON YOSET TOVAR BARBOSA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80,725,196						
CORREO ELECTRONICO:	TOVAR.YOSET82@GMAIL.COM				CELULAR:	3041067964						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SU37				SEDE ADMINISTRATIVA							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Gestión Documental				SEDE:	Sur						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	R35	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24061702600								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5781 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	28/11/2018	NÚMERO DE CRP	48229	FECHA	30/11/2018
NÚMERO DE CDP	25	FECHA	10/01/2019	NÚMERO DE CRP	11168	FECHA	15/01/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como Auxiliar Administrativo dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	1	2019		31	1	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.591.000							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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:	$6.364.000
VALOR EJECUTADO	$6.364.000
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 **$1.844,293**, 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
32383138	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Martin Alfonso Rodriguez López
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Yeison Yoset Tovar Barbosa
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	1
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código:	15-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.

Ubicaciòn del Servicio: ADMINISTRATIVO						Sede: ADMINISTRATIVA					
No. DE CONTRATO: 5781 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
		1	1	2.019		31	1	2.019			
NOMBRE DEL CONTRATISTA: YEISON YOSET TOVAR BARBOSA		C. C.	80725196			De	BOGOTA				
OBJETO DEL CONTRATO: TECNICO I											
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __x__ NO ____ Servicios: SI __x__ NO ____											

OBLIGACIONES	PROGRAMADO	EJECUTADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Velar por la aplicaciòn de las normas y procedimientos archivisticos estandarizados por el Hospital.	**Programado**	100%	Entrega de unidades de conservación a las diferentes unidades de la subred	Formato único de inventario documental General Formato de informe de actividades Formato de autocontrol
2. Orientar al personal en la organización de los archivos de gestión y transferencias documentales.	**Programado**	100%	Se realizó seguimiento y socialización de las buenas practicas archivísticas para las transferencias documentales.	unidades de la subred hospital bosa sede administrativa
3. Atender las necesidades del usuario interno y externo que requiera los servicios que se prestan de gestión documental y archivo.	**Programado**	100%	se le dio asesoría a los usuarios de la subred que solicitaros información del proceso de gestión documental se realizaron entrega de unidades de conservación carpetas y cajas	se le dio asesoría a los usuarios de la subred que solicitaros información del procesó de gestión documental se realizaron entrega de unidades de conservación carpetas y cajas
4.Elaborar, actualizar y consolidar los inventarios documentales.	**Programado**	100%	se realiza las mediciones en metros lineales de las diferentes unidades de la subred	medición en metros lineales del hospital de Bosa, Sede administrativa, puente Aranda, trinidad Galán y Carvajal
5. Apoyar los procesos y procedimientos requeridos para la gestión documental, el archivo y la correspondencia.	**Programado**	100%	Apoyar los procesos y procedimientos requeridos para la gestión documental, el archivo y la correspondencia.	Apoyar con la ,Búsqueda de Historias Laborales
6. Asistir a las reunionés y eventos que sean programados por el Hospital.	**Programado**	100%	Asistí a la fiesta de despedida de la empresa en compensar	Asistí a la fiesta de despedida de la empresa en compensar
7.Revisar los documentos generados por las diferentes dependencias de la Sub Red con el fin de que cumplan con las condiciones de la normatividad vigente.	**Programado**	100%	seguimiento y apoyo a las diferentes áreas despejando las dudas en el desarrollo del proceso de transferencias	seguimiento y apoyo a las diferentes áreas despejando las dudas en el desarrollo del proceso de transferencias
8. Y las demás que le sean asignadas.	**Programado**	100%	entrega de unidades de conservación a las diferentes unidades de la subred	entrega de unidades de conservación a las diferentes unidades de la subred
TOTAL DE EJECUCIÒN:		100%		

OBSERVACIONES: Se realizó el 100% (8) actividades.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un millón ciento quinientos noventa y uno mil pesos moneda corriente ($1.591,000)

YEISON YOSET TOVAR BARBOSA CC 80725196 CONTRATISTA:

Fecha: 31 / 01 / 2019.

Firma de recibido supervisor:

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80725196	YEISON YOSET TOVAR BARBOSA	carrera 81i # 73 f -20 sur	3041067964	tovar.yoset82@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2018-12	2018-12	I	17/01/2019	32383138	$241.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	125.000	0	0	0	0	0	0		125.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	0	0	19.100			191	19.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

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