*Cambio Cuenta de Ahorros para Nómina.
*Adjunta certificación Bancaria

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. — Salud	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHN EDISSON HIDALGO CHACON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012338622						
CORREO ELECTRONICO:	JOHNHIDAL 8817@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3114928026						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ASDINCGO				SEDE:	ASDINCGO						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37 T08	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	#475800051132								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1559			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		8 DE 8				
NÚMERO DE CDP	1175	FECHA	29/08/2019	NÚMERO DE CRP	38353	FECHA	31/08/2019			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TECNOLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. , de acuerdo a las necesidades de la institucion.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	9	2019		30	9	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.537.714									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$20.301.712
VALOR EJECUTADO	$20.301.712
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.537.714
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 **$2.070.290**, 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	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
37436865	$1.015.086,00	$127.600	$163.400	3	$25.000	**$316.000**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de SEPTIEMBRE del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LILIANA RIOS VELANDIA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHN EDISSON HIDALGO CHACON
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GERENCIA DE LA INFORMACION		Sede:						
No. DE CONTRATO:	1559	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	9	2.019		30	9	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOHN EDISSON HIDALGO CHACON		C. C.		1.012.338.622	DE		BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion como TECNOLOGO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E. , de acuerdo a las necesidades de la institucion.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO __X__

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Desarrollar todas las acciones tecnologicas o tecnicas de informacion propias del area, apoyando y aportando el cumplimiento de la gestion planteada en el area.	SI	Se desarrollan las acciones tecnologicas y tecnicas de informacion propias del area.	INFORMES DE ACTIVIDADES EN ESCRITO Y MEDIO MAGNETICO
Elaborar con el Lider el plan de actividades a su cargo y responder por su cumplimiento	SI	Se elabora el plan de actividades con el Lider y se desarrollan las actividades que en el contiene.	REALIZACION DE INFORMES PARA PRESENTAR A SECRETARIA Y MINISTERIO
Apoyar la gestión de las áreas de digitación, en aplicaciones de Salud Pública.	SI	Se realiza el apoyo en las diferentes areas y aplicaciones en Salud Publica.	SE REALIZA LA PUBLICACION DE INFORMES POR LA INTRANET Y POR MEDIO DE CORREOS.
Elaborar de manera oportuna, clara y completa los informes necesarios de producción de servicios .	SI	Se realizan los informes de Produccion correspondiemtes al mes de noviembre .	SE PUBLICA INFORMACION EN LA INTRANET Y SE REALIZA LA RESPECTIVA VALIDACION.
Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área .	NO	Se coadyuva en el cumplimiento del plan de gestion se demuestran las metas en los planes y proyectos del area.	N/A
Participar en la actualización e implementación de las normas, protocolos, procesos, subprocesos, lineamientos y procedimientos del àrea, definidos en el Manual por la Institución.	NO	Se participa en las acciones definidas en el manual de gestion para mejorar la prestacion del servicio	N/A
Elaborar y presentar oportunamente los informes de gestion o desarrollo de actividades especificas solicitadas .	SI	Se elaboran y presentan los diferentes informes de gestion y desarrollo de actividades solicitadas por el supervisor y en las fechas establecidas.	ENTREGA DE INFORMES SOLICITADOS EPS Y FFD , ASIGNACION DE CITAS, PRIMERA VEZ , INFORMES SOLICITADOS EN PLANEACION, MEJORAMIENTO, PARTICIPACION SOCIAL Y TALENTO HUMANO..
Asistir y Participar activamente en reuniones y procesos de fortalecimiento de competencias de acuerdo a la programación.	SI	Se asiste y participa activamente en las reuniones y procesos de acuerdo al area que lo solicita.	SE CUMPLEN CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES QUE TIENEN QUE VER CON EL AREA.
Soportar y mantener actualizada la informacion de los indicadores institucionales y del sistema unico de acreditacion.	SI	Se mantiene actualizada la informacion en los respectivos informes de indicadores.	ACTUALIZACION DE INFORMES EN APLICATIVOS DE RED CIP 2193 Y ALMERA
Apoyar la alimentacion de la informacion de Almera	SI	Se alimenta la informacion del aplicativo ALMERA	NFORMES ALMERA APLICATIVO SUBRED
Asistir y Participar activamente en reuniones y procesos de fortalecimiento de competencias según programación en el área, la ESE o entes competentes, cuando sea requerido.	SI	Se asiste y participa activamente en las reuniones y procesos de acuerdo al area que lo solicita.	SE CUMPLEN CON LOS COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LAS REUNIONES QUE TIENEN QUE VER CON EL AREA.
Elaborar y presentar oportunamente los informes que en desarrollo de sus actividades especificas sean solicitadas de acuerdo a la programación establecida.	SI	Se entregan los informes de manera oportuna cuando se solicitan.	ENTREGA DE INFORMES SOLICITADOS POR LAS DIFERENTES AREAS SEGÚN REQUERIMIENTO.
Soportar la informacion para el analisis del mismo de acuerdo a las necesidades o requerimientos.	SI	Se realiza la validacion de la informacion consignada en produccion y los diferentes informes dejando soportes en correo electronico y de manera fisica.	INFORMES DONDE SE CONSIGNA LA RESPECTIVA INFORMACION PRODUCCION DE INTRANET, 2193 , CIP Y ALMERA
Las demás actividades afines con el objeto contractual.	SI	Se realizan las actividades de acuerdo a las diferentes solicitudes afin del objeto contractual.	SE REALIZAN INFORMES Y SE COLABORA DE MANERA OPORTUNA EN LAS SOLICITUDES.
Realizar la gestión pertinente que permita mantener actualizados los Indicadores institucionales y sus fichas técnicas en ALMERA	SI	Se realiza la gestion pertinente que mantiene actualizados los indicadores de ALMERA	INDICADORES ALMERA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2'537.714 DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CATORCE PESOS

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:_____JOHN EDISSON HIDALGO CHACON CC. 1012338622____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

NOMBRE SUPERVISOR CONTRATO:_____LILIANA RIOS VELANDIA_____

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato 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	1012338622	JOHN EDISSON HIDALGO CHACON	CL 42 F 72 I 38 SUR	3024899	johnhidal_8817@hotmail.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
			2019/09/13	4945441?1	EMPLEADOS / UPC
					1 / 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2019-08	2019-08	I	13/09/2019	37436865	$316.000

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	126.900	0		0		0	7	700	0	127.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	162.500	0	0	0	0	7	900	0	163.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	24.800				24.800	7	200	25.000			248	25.000	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	126.900	127.600
Pensión	1	162.500	163.400
Riesgos Laborales	1	24.800	25.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	314.200	316.000

37436865

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

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **12/09/2019**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JOHN EDISSON HIDALGO CHACON** con **Cédula de Ciudadanía** número **1012338622**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550475800051132**
Fecha de apertura	**10/09/2019**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA