

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 1
Fecha de aprobación 9/11/2016
Código 15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JHON FREDY RIVEROS CASTRO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1023883579				
CORREO ELECTRONICO:				yderfnoi@gmail.com				CELULAR:		3123004305			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FO09 ✓									
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:		Fontibon ✓			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO09K26	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:		Ahorros ✓			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7872281						PENSIONADO NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		4459-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 5	
NÚMERO DE CDP	862 665	FECHA	2019-06-27 2019-05-21	NÚMERO DE CRP	31444 26975	FECHA	2019-06-30 2019-05-31
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	7	2019		31	7	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:									
TIPO DE SERVICIOS		PIC	RESERVA DE GLOSA 2%				\$1.710.199		
						\$0			

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$8.608.002 ✓
VALOR EJECUTADO	\$8.379.975 ✓
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.710.199 ✓
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$228.027 ✓
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

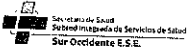
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2,070,290 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
35996166 ✓	\$828.116,00	\$103.515	\$132.499	3	\$20.173	\$256.186

Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso Bernal
YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jhon Fredy Riveros Castro
JHON FREDY RIVEROS CASTRO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09		Sede: Fontibón													
No. DE CONTRATO:	4459-2019	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>7</td> <td>2019</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	7	2019	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>31</td> <td>7</td> <td>2019</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	31	7	2019
Día	Mes	Año														
1	7	2019														
Día	Mes	Año														
31	7	2019														
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHON FREDY RIVEROS CASTRO		C. C.	1.023.883.579 DE BOGOTÁ												

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.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recepción y verificación de informes mensuales, tableros de control por cada uno de las unidades vacunadoras de la localidad.	SI	Se realiza la revisión de informes mensuales de ABRIL de las IPS privadas y públicas POS y NO POS, por Listados Diario y Facturación del Aplicativo PAI vs SIS_151 y tableros de control que sean congruentes.	SIS_151 de la subred tableros de control
Realización de informes de EPS-S.	SI	Se realiza Informes de la EPS-S en el formato y fechas estipuladas por Localidad y Subred.	Base de Vacunados mes de JUNIO Capital Salud, FFDS, Aliansalud, Famisanar.
Realización de informes periódicos, trimestrales, semestrales, anuales y extraordinarios.	SI	Consolidar informes mensuales de las IPS privadas y públicas POS y NO POS, para generar el SIS_151 y Tablero de Control por Localidad y Subred congruente 100%	SIS_151 de la subred tableros de control
Realización visitas de asesoría técnica a cada uno de las unidades vacunadoras de la localidad, con énfasis en la calidad del dato en el sistema de información.	SI	Se realizan visitas de asistencia técnica de sistemas de información según cronograma de actividades mes de JULIO.	Actas de visitas
Consolidar informes correspondientes a visitas de asesoría y asistencia técnica de las unidades vacunadoras de la localidad.	SI	Se realiza el diligenciamiento del informe Matriz de Visitas mes de JUNIO, y congruencia mes de JULIO, adicionalmente se envía en fechas estipuladas a nivel central (antes del día 15)	Matriz de visitas
Apoyo en la digitación cuando sea requerido.	NO	Se apoya digitación del grupo extramural según necesidad. Depuración y relación en tablas de bases de datos Terminal Aereo para cargue masivo Aplicativo PAI	Informe mensual sis 151 Base de datos en tablas para cargue masivo Aplicativo PAI
Participación y asistencia en las reuniones locales, distritales programadas y convocadas.	SI	Se asistió a las reuniones locales y Distritales convocadas y programadas mes de JULIO, dentro de ellas el comité PAI Subred.	Acta de comité Subred
Generación de listados mensuales para el área de facturación.	SI	Se descarga la base listado de facturación mes de JUNIO, para realización de factura la cual se entregada según solicitud de la Subred	Archivo de facturación
Realización del diagnóstico de los equipos de cómputo en conjunto con el área de sistemas de información.	NO	Se realiza el diagnóstico de los equipos de la Subred Sur Occidente IPS Públicas y Privadas para nivel central.	Informe consolidado entregado a nivel Central SDS
Realización del cronograma de actividades para ejecutarse en el mes correspondiente.	SI	Se realiza la programación de actividades en visitas de asistencia técnica para el mes de JULIO	Cronograma en drive
Soporte de auditoría de Secretaría Distrital de Salud o interventoría interna y externa	SI	Se entrega soportes correspondientes según periodos requeridos con resultado satisfactorio	Actas de visitas soporte de informes enviados a nivel central
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental.	SI	Se realiza verificación de la calidad del dato en el diligenciamiento de los instrumentos utilizados en el mes de JUNIO	Formato acta de visita, lista de chequeo recepción de informes mensuales, sis 151 informe mensual.
Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.	SI	Se conocen y se aplican los lineamientos PAI, en el desarrollo de las actividades de la asistencia técnica IPS y reuniones Subred y Distrital	Se adaptan los lineamientos pai según actividades realizadas
Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.	SI	Se cumplen con las actividades demás y a fines del objeto institucional	Realización de informe nacidos vivos, resolución de contactenos aplicativo pai, desbloquear y habilitar usuarios de acceso al aplicativo pai.
Aportar al cumplimiento de las metas programadas por la institución.	SI	En la visita de asistencia técnica se realiza verificación por aplicativo PAI el cumplimiento de los seguimientos de los menores de un año, de un año y de 5 años.	Verificar los seguimientos realizados en las ips

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.710.199 Un millón setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos m/c

JHON FREDY RIVEROS CASTRO

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JHON FREDY RIVEROS CASTRO C.C. 1023883579

Fecha: día/mes/año

Firma de recibido supervisor:

Jenny Andrea A. Rasso B

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

V-B. L. Rasso

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1023883579	JHON FREDY RIVEROS CASTRO		KR 26B 31A - 20 SUR	3123004-305	yoderthnoj@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						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
					TOTAL A PAGAR
2019-06	2019-06		06/07/2019	35598166	\$261,300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD		
Código EPS	Nombre	Cotización Obligatoria
EPS003	Compensar EPS	85000500.40 *

[illegible]**TOTALES PENSIÓN**

TOTALES PENSION										
Código AFP	Nombre	NIT	Cobertura Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cobertura FSP	Valor Mora Cobertura FSP	N.º Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800228739-0	132.500	0	10	0	0	0	0	1
									132.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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	880903730-5	20.200				20.200	0	0	20.200			202	20.200	1

TOTALES CAJAS

TOTALS CAJAS		TOTALS PARAFISCAL ES					
Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	86006942-7	5,000	0	0	5,000	1
TOTALS CAJAS		TOTALS PARAFISCAL ES					

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LIMA, IRP y Mera	Total a Pagar
Silud	1	103.600	103.600
Pensión	1	132.500	132.500
Riesgo Laboral	1	20.200	20.200
CCF	1	5.000	5.000
ERAP	0	0	0
IGBF	0	0	0
MENA	0	0	0
SENG	0	0	0
TOTALES	4	261.300	261.300

