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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1033686759	
CORREO ELECTRONICO:	emhernandezs@gmail.com				CELULAR:	3222168398	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K26	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570477670013218				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1866			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	551	FECHA	2024-02-13 16:07:07.000	NÚMERO DE CRP	17748	FECHA	2024-02-15 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL LICENCIADO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-02-01		2024-02-29		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,613,087				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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:	$5,535,705
VALOR EJECUTADO	$4,613,087
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,613,087
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$922,618
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	83%

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 $2.194,507 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
74377058	$1,845,235	$230,654	$295,238	3	$44,950	$570,842

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
.Realizar plan de trabajo y remitirlo vía correo electrónico a la SDS a más tardar los primeros cinco (5) días hábiles de iniciada la vigencia, el formato de plan de trabajo deberá incorporar las subactividades descritas en este documento operativo	SE REALIZA PLAN DE TRABAJO AL INICIO DE LA VIGENCIA	PLAN DE TRABAJO
Realizar la focalización e identificación de casos para la atención psicosocial en modalidad comunitaria, esta será una subactividad permanente y se registrará de manera digital en el instrumento “Matriz de Focalización” establecido en la caja de herramientas. Las acciones de focalización deberán realizarse de manera conjunta entre profesional y gestor	SE REALIZA LA RESPECTIVA FOCALIZACIÓN DEL MES	ACTA DE FOCALIZACIÓN, MATRIZ
Planeación de las sesiones de atención psicosocial Esta sub actividad incluye dos acciones, (i) el proceso de logística requerido para el desarrollo de la sesión y (ii) la planeación técnica - metodológica para el cumplimiento del objetivo de cada sesión, en el cual se debe visibilizar la participación de mínimo un líder, lideresa o un miembro de la organización. Al respecto el rol del profesional será definir el objetivo de la sesión de acuerdo con la orientación metodológica y co-construir con gestores (as) la propuesta y acciones de abordaje. En la planeación deberá visibilizarse de manera clara el rol de gestores (as) Las acciones de logística y convocatoria estarán a cargo de los gestores (as) Proceso de Atención Psicosocial Ciclo Atención Marzo – Mayo Continuar con el proceso de implementación del plan de acción y cierre con 16 organizaciones – procesos provenientes de la vigencia inmediatamente anterior. (mínimo 10 personas por organización y/o proceso, los cuales se deberán mantener a lo largo de la implementación para ser considerado un proceso válido). Nota: Las organizaciones deben estar conformadas en su mayoría con personas VCA o en su defecto, la organización debe estar constituida por la mitad de VCA, más uno. Ciclo Atención Mayo – Agosto Durante el mes de mayo se iniciará nuevo ciclo de atención psicosocial en la modalidad comunitaria lo cual implica (acercamiento, implementación del plan de acción y cierre) con 30 organizaciones – procesos (mínimo 10 personas por organización y/o proceso, los cuales se deberán mantener a lo largo de la implementación para ser considerado un proceso válido. Ciclo Atención Septiembre – Diciembre Durante el mes de septiembre se iniciará nuevo ciclo de atención psicosocial en la modalidad comunitaria lo cual implica (acercamiento, implementación del plan de acción y cierre) con 24 organizaciones – procesos (mínimo 10 personas por organización y/o proceso, los cuales se deberán mantener a lo largo de la implementación para ser considerado un proceso válido	SE REALIZAN LAS RESPECTIVAS PLANEACIONES CON LOS GRUPOS FOCALIZADOS	ACTAS DE PLANEACIÓN, PAP010, PAP020, PAP030
.Diligenciamiento Matriz / Aplicativo Esta subactividad incluye dos acciones i) digitar en Matriz/aplicativo de seguimiento psicosocial por cada persona víctima del conflicto que es atendida por el PAPSIVI (según la modalidad) y ii) realizar el respectivo cargue en el aplicativo del MSPS. Esta actividad es responsabilidad exclusiva de los profesionales sociales	SE REALIZA ALIMENTACIÓN DE LA MATRIZ Y CARGUE EN EL APLICATIVO SDS	MATRIZ, APLICATIVO
.Diligenciamiento Matriz de avance de gestión y/o articulación intersectorial Por cada uno de los procesos de atención psicosocial en la modalidad comunitaria se deberá diligenciar la Matriz de avance de gestión y/o articulación intersectorial que permita evidenciar las diversas gestiones y/o articulación intersectorial, esta CONTRATO NUMERO: 1866-2024 CONTRATANTE: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Nit.900.959.048-4 CONTRATISTA:EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER - CEDULA No. 1.033.686.759 OBJETO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area 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. VALOR TOTAL DEL CONTRATO: DOS MILLONES TRESCIENTOS SEIS MIL QUINIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS M/CTE. ($ 2.306.544) VALOR HONORARIOS MES: CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE. ($ 4.613.087) FECHA INICIO: Es la establecida en el formulario electrónico ítem 1 información general, una vez se dé inicio a la ejecución del contrato. FECHA TERMINACIÓN: 15 de febrero de 2024 SUPERVISOR : COORDINADORA PIC CONDICIONES CONTRACTUALES información se registrará de manera mensua	SE REALIZAN LAS GESTIONES PERTINENTES Y SE SUBEN A LA MATRIZ CORRESPONDIENTE	ACTAS DE GESTIÓN, MATRIZ DE GESTIÓN
Participar en las asistencias técnicas y/o reuniones de seguimiento cuando sean convocadas por la Secretaría Distrital de Salud y participar en las reuniones de equipo convocadas por las coordinaciones del proceso	SE PARTICIPA DE LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TECNICO Y AUTOCUIDADO	LISTADO DE ASISTENCIA
Participar en las jornadas de fortalecimiento de capacidades técnicas y cuidado a cuidadores. Una vez al mes se realizará jornada de fortalecimiento de capacidades técnicas y cada dos meses se realizará una jornada de cuidado a cuidadores	SE PARTICIPA DE LOS ESPACIOS DE FORTALECIMIENTO TECNICO Y AUTOCUIDADO	LISTADO DE ASISTENCIA
Realizar la propuesta metodológica de los diálogos de saberes en salud e implementarla en los centros de encuentro o en los espacios /lugares definidos, según cronograma de la SDS	NO APLICA PARA EL PRESENTE MES	NO APLICA PARA EL PRESENTE MES
Participar en jornadas de sensibilización, socialización, divulgación o de conmemoración convocadas por la SDS10.Realizar aportes técnicos al informe final de vigencia. Este informe se realizará en la estructura definida previamente por la Secretaría Distrital de Salud y deberá ser remitido vía correo electrónico 10 días después de finalizada la vigencia	SE REALIZA INFORME EN RELACIÓN A LA VIGENCIA ANTERIOR	INFORME

Copia Certificada Subred Suroccidente

Realizar aportes técnicos para el informe de ciclo de atención (tres ciclos de atención en la vigencia). Este informe se realizará en la estructura definida previamente por la Secretaría Distrital de Salud en la cual deberá ser visible los aportes de los/as gestores/as y deberá ser remitido vía correo electrónico 10 días después de finalizado cada ciclo de atención	NO APLICA PARA EL PRESENTE MES	NO APLICA PARA EL PRESENTE MES

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

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	1033686759	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER	CALLE 7 NO 93-35 CASA 246	2508017	EMHERNANDEZS@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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-01	2024-01	I	13/02/2024	74377058	$571.000	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	230.700	0		0		0	0	0	0	230.700	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	295.300	0	0	0	0	0	0		295.300	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	45.000				45.000	0	0	45.000			450	45.000	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	230.700	230.700
Pensión	1	295.300	295.300
Riesgos Laborales	1	45.000	45.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	571.000	571.000

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033686759	EDWIN MANUEL HERNANDEZ SANTANDER		CALLE 7 NO 93-35 CASA 246	2508017	EMHERNANDEZS@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	
2024-01	2024-01	I	13/02/2024	74377058	$571.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033686759	HERNANDEZ SANTANDER EDWIN MANUEL	59	0			N																	230301	1.845.234	295.300	0	0	0	0	EPS005	1.845.234	230.700	14-11	1.845.234	3	45.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 2 / 2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDWIN MANUEL HERNÁNDEZ SANTANDER

C.C 1033686759 DE BOGOTÁ

La suma de $ 4.613.087 (CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL PESOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE), por concepto de: prestar servicios como profesional **universitario-1**, durante el periodo de 1 al 29 de FEBRERO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1866 **/ 2024**



EDWIN MANUEL HERNÁNDEZ SANTADER

C.C 1033686759 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 477670013218