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	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CHRISTIAN SANTIAGO GUEVARA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016086520							
CORREO ELECTRONICO:	sasagocasto96@mail.com				CELULAR:	3184697987							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VACUNACIÓN				SEDE:	KE11							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE 11 K26	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	388-942816-15								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6979-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 1					
NÚMERO DE CDP	1495	FECHA	29/10/2019	NÚMERO DE CRP	51980	FECHA	18/11/2019				
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		18	11	2019		30	11	2019			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:											
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%			$0						
OBSERVACIONES: 186Horas											

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.501.020
VALOR EJECUTADO	$1.501.020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.501.020
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 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
38220386	$358.851,00	$44.900	$57.500		$8.800	**$111.800**

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

Maritza Milena Mejía Lozano

MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

CHRISTIAN SANTIAGO GUEVARA
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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	USS TINTAL				Sede: KE11						
No. DE CONTRATO:	6979-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			18	11	2.019		30	11	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CHRISTIAN SANTIAGO GUEVARA CASTAÑEDA	C. C.	1.016.086.520	DE	BOGOTÁ						

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de enfermeria, 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 ____ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1). Realizar las actividades de enfermeria asignadas por el profesional de enfermeria, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio	99%	Se da cumplimiento al manual de convivencia según lineamientos en cada una de las actividades asignadas por el jefe inmediato	Se cumplio con el manual de convivencia con calidad,oportunidad y pertinencia según lo descrito por secretaria de salud.
2). Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	100%	participacion en el COMITES PAI, Reuniones y otras actividades	Se asiste a reuniones para socializar metas , e informacion general.
3). Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestion ambiental y calidad	100%	Se maneja el manual de bioseguridad ,los cinco correctos y se da educacion a cada uno de los usuarios brindando una atencion segura.	Dar cumplimiento a la educacion requerida para los usuarios ,aplicar los correctos y manejar el manual de bioseguridad,
4). Bridar orientacion a los pacientes y sus familiares con relacion a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las politicas institucionales y las normas vigentes	99%	se brinda orientacion y educacion a la comunidad en los temas de p y p, tratamientos y eventos de vigfilancia publica de acuerdo al portafolio del sevicio de la sub red	se informo a la comunidad la importancia de mantener los niños al dia con sus vacunas y citas de crecimiento y desarrollo
5).Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificacion de cumplimiento	99%	realizar cumplimientos de metas programadas	informe mensual
6). Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	99%	Se notifica y implementa oportunamente las fallas q presenta el servicio	se da educacion requerida para los usuarios sonbre donde deben notificar una falla en la calidad del servivio
7). Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	99%	Se mantiene el area de trabajo en condiciones optimas para el desarrollo de las diferentes actividades ya programadas	se realiza desinfeccion rutinaria y terminal al finalizar la actividad
8). Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la sub red	99%	Se diligencia sis 150,carnes de niños y adultos,Aplicativo PAI en tiempo real y completo.	Se entrega de manera clara,completa y oportuna cada uno de los soportes como aplicativo PAI y sis 150

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (1) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.501.020 (UN MILLON QUINIENTOS UN MIL VEINTE PESOS M/CTE)

CHRISTIAN SANTIAGO GUEVARA CASTAÑEDA CC 1016086520	MARITZA MILENA MEJIA LOZANO
NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 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	1016086520	CHRISTIAN SANTIAGO GUEVARA CASTAÑEDA	CL 17D BIS 104B 15	3184696987	sasagocasto96@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	
2019-10	2019-10	I	13/11/2019	38220386	$111.800	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	44.900	0		0		0	6	200	0	45.100	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	57.500	0	0	0	0	6	300	0	57.800	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	8.800				8.800	6	100	8.900			88	8.900	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	44.900	45.100
Pensión	1	57.500	57.800
Riesgos Laborales	1	8.800	8.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	111.200	111.800

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