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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	80,492,427							
CORREO ELECTRONICO:	NO POSEO				CELULAR:	3118277544							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					**Administrativa**								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		Administrativa			SEDE:								
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37R35	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380600424										PENSIONADO	No	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**3434**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**1 DE 3**			
NÚMERO DE CDP	155	FECHA	17/01/2019	**NÚMERO DE CRP**	**15053**	**FECHA**	**31/01/2019**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Mensajero Motorizado**									
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2019		31	3	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$1.655.031**									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$4.965.093
VALOR EJECUTADO	$3.310.062
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.655.031
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.655.031
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8333182071	$828.116	$103.515	$132.499	4		**$236.013**

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

Martin Alfonso Rodriguez L
Nombre y Firma DEI

JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA
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:	GESTION DOCUMENTAL		**Sede:**	**ADMINISTRATIVA Asdingo**					
No. DE CONTRATO:	2993	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.019		31	3	2.019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Jorge Isidro Ramirez		**C. C.**	80.492.427			**DE**	bogota	

OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subodridnacion ni relacion laboral alguna prestara sus servicios de conocimiento como MENSAJERO de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recpcon y distriucion d correspondencia en las distintas areas de la subredsuroccidente	si	recepcion y distribucion de las distintas areas y unidades de la subred	distribucion de correspondencia (respuestas y quejas) cantidad=543
Realizar los pagos de aportes parafiscales de entidad	si	realizar entrega de correspondencia de los pagos de aportes parafiscales de la entidad	llevar correspondencia a entes de control cantidad=320
consolidacion de inmformacion sobre la gestion del area para la implementacion de correctivos	si	consolidacion de inmformacion sobre la gestion del area para la implementacion de correctivos	carguey descargue descargue de papeleria cantidad=27
prestar servicio de mensajeria que le sea asignado de acuerdo a las instruciones recibidas	si	prestar servicio de mensajeria que le sea asignado de acuerdo a las instruciones recibidas	llevar registro fotografico de las viviendas en las cuales se les lleva correspondencia cantidad=40
distribuir la correspondencia y demas documentos de la entidad	si	distribuir la correspondencia y demas documentos de la entidad	radicar los respectivos derechos de peticion y tutelas de la institucion y demas documentos asignados cantidad= 189

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.655.031. Un millon seis cientos cincuenta y cinco mil treinta y un pesos M/c

Jorge isidro Ramirezp	MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ PROFESIONAL ESCIALIZADO 31-03-2019

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA identificado con CC número 80492427

aportó por JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA identificado con CC número 80492427

quien se encuentra registrado a la fecha como tipo de cotizante 3 - Independiente

por concepto de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos entre 02-2019 y 02-2019 de la siguiente manera

EPS008	Compensar EPS																	30	$ 103.600	0	0	feb.-2019	8333182071	05/03/2019	N
230301	Porvenir																	30	$ 132.500	0	0	feb.-2019	8333182071	05/03/2019	

El presente certificado se expide a los 5 días del mes marzo de 2019

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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

LISTAS DE CHEQUEO

Versión:
Fecha de aprobaci
Código:

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

UNIDAD PRESTADORA DE SERVI SEDE: asdingo SERVICIO: _____

RESPONSABLE DEL ÁREA: _____ TURNO: _____ FECHA : Marco

TIPO DE INSPECCIÓN: PLANEADA: _____ NO PLANEADA: X

LICENCIA NUM 80499427 CATEGORÍA: 2B VIGENTE HASTA: _____

MARCA: pulsar MODELO: 15 SERIE: _____ TIPO: _____ PLACA: VAD75D

EPS: Comp ARL: Sura EDAD: _____

INSPECCIÓN PRE OPERATIVA DIARIA
Registro Mensual

MES:	CONDICIONES QUE DEBE MANTENER	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
LLANTAS	Presión	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Labrado	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Tuercas completas y aseguradas	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
FRENOS	Freno de parqueo funciona	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Frenos funcionando	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Líquido de frenos dentro de los límites	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
LUCES	Enciende la luz de reversa	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Encienden luces bajas	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Encienden luces bajas	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Encienden cocuyos	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Encienden luces de freno	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Encienden direccionales (adelante y atrás)	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
INDICADORES DEL TABLERO	Nivel de combustible	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Indicador de presión de aceite	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Indicador nivel de batería	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
CONDICIONES DE FUNCIONAMIENTO	Espejos retrovisores ajustables a las necesidades del conductor	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Todas las puertas cierran y ajustan																															
	Nivele de aceite del motor dento de los límites	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Nivele del líquido de la dirección dento de los límites																															
	Nivele del líquido refrigerante dento de los límites																															
	Nivele del agua del limpiabrisas dento de los límites																															
	Pito finclonando	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Limpiabrisas funcionando en las diferentes velocidades																															
	Radiador con tapa ajustada																															
	Correa del ventilador tensionada																															
	Batería sin residuos	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
SILLETERÍA	Ajuste horizontal sillas delanteras funcionando	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Ajuste vertical sillas delanteras funcionando	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
	Tapizado sin roturas o	X			X	X	X	X	X			X	X	X	X	X			X	X	X										
Kilometraje (semanal)		Semana 1										Semana 2							Semana 3						Semana 4						

E S T A D | CUMPLE | NO CUMPLE

ACCIONES GENERADAS

CIÓN ENCON	DÍA	RESPONSABLE

CONDICIÓN ENCONTRADA	DÍA	RESPONSAB

Responsable del vehículo: