Febrero 1/2 7356

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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY												
TIPO DE DOCUMENTO:			X	C.E			NO.	1120216240					
CORREO ELECTRONICO:	wchicunque1@hotmail.com						CELULAR:	3146599208					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							FO09						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC						SEDE:	FONTIBON					
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO POPULAR						TIPO DE CUENTA:	Ahorros					
O DE CUENTA BANCARIA	230445116809										PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0386-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	12059	FECHA	12/02/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos 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.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		15	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0					

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:	$4.503.672
VALOR EJECUTADO	$1.432.972
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.432.972
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	32%

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 **$1.953.105** , 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
8326281555	$573.188	$102.600	$131.200	3	$20.100	**$253.900**

Dado en Bogotá en el mes de marzo del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY
CC. N° 1120216240 San Francisco Putumayo

Por concepto de servicios prestados en el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 3621-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 14 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: **UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCTE**

TOTAL: $ 1.432.972

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 230445116809
DEL BANCO: POPULAR

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
k23	100%	$ 1.432.972
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	0%	$ -
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.432.972

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44.603.000)		X

CORDIALMENTE,

WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY
CC. N° 1120216240 de San Francisco email: wchicunque1@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No 3146599208

	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:	PIC					Sede: Fontibon				
No. DE CONTRATO:	3621-2018	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			15	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY		**C. C.**	1.120.216.240			DE	San Francisco	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistenciales 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..

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	1 Reunión con equipo de etnias equipo estrategia poblacional y coordinadora PAPSIVI 1 Reunión con Secretaria de Salud y equipo de etnias afrodescendientes e indigenas 1 Reunión con equipo de etnias afrodescendientes e indigenas y coordinadora 3 reunionesde apoyo al equipo indígena en la definición de la metodologia de recolección de	Actas y listados de asistencia.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	Lectura de lineamiento, apropiación conceptual PAPSIVI, lectura SISPI, Plan Distrital de retorno y reubicación población indigena, apropiación conceptual marco jurídico indigena	Relatorias, Actas y listados de asistencia.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el periodo certificado	No aplica para el periodo certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisión de formatos con la coordinadora del equipo.	Actas y listados de asistencia.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Elaboracion del informe mensual, que corresponde al reporte de las acciones realizadas durante el periodo del 14 al 28 de febrero de 2018.	Informe mensual
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	1 Reunion con Secretaria Distrirtal de Dalud.	Actas y listados de asistencia.
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otros)	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.	
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Utilización adecuada de insumos.	Utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.432.972, UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y DOS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y DOS PESOS MCTE.

NOMBRE Y CC CONTRATISTA: WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY CC. 1120216240

Fecha : 28/02/2018 Firma de recibido supervisor

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

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY
No. Identificación: CC1120216240
Dirección: CLLE 63B N 35 30
Telefono: 4260705
Correo: wchicunque1@hotmail.com
Ciudad: SIBUNDOY
Número de Planilla: 26281396

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY
Tipo y número de identificación	CC1120216240
Número de planilla	26281396
Fecha pago	2018-03-14
Número de autorización pago	179425
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	248400
Total Intereses de Mora	6600

PAGADA 26281396

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	19700	1
230301	Porvenir	128400	1
EPS008	Compensar EPS	100300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1120216240
APELLIDOS Y NOMBRES: WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	781242	781242	781242	0	97700	0	125000	0	19100	0

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

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14452062957

(415)7707212489981(8020)000001445206295 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 2 0 2 1 6 2 4 0	6	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 1 2 0 2 1 6 2 4 0	2 0 0 4 1 0 2 0

Lugar de expedición 28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Putumayo 8 6	San Francisco 7 5 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHICUNQUE	DEJOY	WILSON	JULIAN

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 63 B 35 30 BRR EL ROSARIO

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2:
wchicunque1@hotmail.com		2 2 1 2 4 2 6	3 2 1 4 1 6 8 8 6 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código:	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 1 0 0 2 0 3	8 5 5 9	2 0 1 0 0 2 0 1					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código:	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
	1	2																								

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 8 0 1 2 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MATEUS VARGAS MARIA FERNANDA

985. Cargo: Analista I

Fecha generación documento PDF: 24-01-2018 11:39:49AM

banco popular

ESTE ES SU BANCO

www.bancopopular.com.co

Siete de Agosto
Cod. 170

EL BANCO POPULAR OFICINA SIETE DE AGOSTO

CERTIFICA

Que el señor **WILSON JULIAN CHICUNQUE DEJOY** , identificado con cédula de ciudadania **No. 1.120.216.240,** se encuentra vinculado a la Oficina Putumayo a través de la cuenta de ahorros **230-445-11680-9** con fecha de apertura 08 de noviembre de 2013, la cual se encuentra ACTIVA

El Banco Popular no asume ninguna responsabilidad por el uso indebido que se le dé a éste documento el cual se expide únicamente a titulo informativo por solicitud de la titular, con destino a **SELLO ALTO.**

La presente se expide en Bogotá a los 24 días del mes de Diciembre de 2014.

Atentamente,

FREDY RUEDA BASTO
ASISTENTE ADMINISTRATIVO

JSC/hgo
c.c. Consecutivo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.120.216.240
CHICUNQUE DEJOY

APELLIDOS
WILSON JULIAN

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-OCT-1986
SAN FRANCISCO
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

20-OCT-2004 SAN FRANCISCO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00188663-M-1120216240-20091022 0017378660A 1 29185247