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:	**JUAN DAVID OSORIO CASTRO**												
TIPO DE DOCUMENTO:	**C.C**	C.C.	**C.E**		**NO.**	1.030.690.984							
CORREO ELECTRONICO:					**CELULAR:**	3226795107							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**BO35**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAMILLERO				**SEDE:**	ASITENCIAL							
CENTRO DE COSTOS:	**Centro de costo**	**%**	**Centro de costo**	**%**	**Centro de costo**	**%**	**Centro de costo**	**%**	**Centro de costo**	**%**	**Centro de costo**	**%**	
	BO35N04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	25000044949								**PENSIONADO**	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1389/2020**			**N° DE PAGOS DEL CONTRATO**		**6 DE 6**	
NÚMERO DE CDP	**574**	**FECHA**	**20/04/2020**	**NÚMERO DE CRP**	**22316**	**FECHA**	**30/04/2020**
NÚMERO DE CDP		**FECHA**		**NÚMERO DE CRP**		**FECHA**	
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como CAMILLERO de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.**						

PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	**DIA**	**MES**	**AÑO**	**HASTA**	**DIA**	**MES**	**AÑO**
		1	7	2020		31	7	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$276 horas a (6986) Total $1.928.136**							
TIPO DE SERVICIOS	ASITENCIAL	**RESERVA DE GLOSA 2%**						

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades (276 Horas) A $6.986 Total $1.928.136.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	**$9.808.344**
VALOR EJECUTADO	**$8.634.696**
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.928.136**
VALOR A LIBERAR	**$0**
SALDO POR EJECUTAR	**$1.173.648**
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	**88%**

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 **$2.194.508** 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 3% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL, APORTES
9407015348	877.803	109.725	140.448	3	21.383	**271.556**

Dado en Bogotá 31 Dias del Mes de julio de 2020. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	JUAN DAVID OSORIO CASTRO CAMILLERO

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
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

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

Ubicación del Servicio: CAMILLERO						**Sede: BOSA II NIVEL**		
No. DE CONTRATO:	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
1389		**1**	**7**	**2020**		**31**	**7**	**2020**
NOMBRE DEL CONTRATISTA: JUAN DAVID OSORIO CASTRO		**C. C.**	**1.030.690.984**			**DE**	**Bogota**	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestacion de Los Servicios Personales de carácter Temporal como CAMILLERO de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área,	X	Apoyar al profesional del servicio en las actividades del área,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas,	X	Apoyar a los pacientes en sus necesidades básicas,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,	X	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia,	X	Realizar a cada paciente los procedimientos ordenados por el profesional tratante según competencia,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,	X	Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	X	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,	X	Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,	X	Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente,	Cumplo con las Funciones Asignadas en el mes

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades

TOTAL A PAGAR (UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS MCTE.)$1.928.136

JUAN DAVID OSORIO CASTRO
C.C. 1030690984

YORBY CONSTANZA MOSQUERA RODRIGUEZ
SUPERVISOR DEL CONTRATO

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 7 / 2020
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JUAN DAVID OSORIO CASTRO
C.C 1.030.690.984 De Bogota

La suma de **UN MILLON NOVECIENTOS VEINTIOCHO MIL CIENTO TREINTA Y SEIS PESOS MCTE. (1.928.136)**, por concepto de: Prestación de Servicios como **CAMILLERO** de la unidad de prestación de Servicios **BOSA II NIVEL** durante el periodo del **1 AL 31 DE JULIO DE 2020** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1389** de 2020

JUAN DAVID OSORIO CASTRO
C.C. 1.030.690.984 DE Bogota
CUENTA AHORROS BANCO BANCOLOMBIA
NUMERO 25.000.044.949

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030690984		OSORIO CASTRO JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40j sur #78b-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	681220783	9407015348	I	2020/07/21	2020/07/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$271,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**
1	CC	1030690984	OSORIO JUAN	Z30301	30	$877,803	$140,500	EPS002	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$877,803**	**$140,500**			**$877,803**	**$109,800**			**$0**	**$0**			**$877,803**	**$21,400**		**$0**	**$0**

2020/07/13 11:47 AM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030690984		OSORIO CASTRO JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 40j sur #78b-18	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-06	2020-06	681220783	9407015348	I	2020/07/21	2020/07/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700