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:	JEISSON MARIN URIBE LUIS											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1022382186						
CORREO ELECTRONICO:	ujeisson@gmail.com				CELULAR:	3115786732						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ATENCION AL USUARIO				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16002	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	55046820010679 6						PENSIONADO	NO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3920 - 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 de 7					
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020	NÚMERO DE CRP	31775	FECHA	31/07/2020				
OBJETO DEL CONTRATO:	prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de participacion y servicio al ciudadano 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			
		1	8	2020		31	8	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338										
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA	NO APLICA								

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:	$9.620.366
VALOR EJECUTADO	$9.620.366
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
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 $2'194.507, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9408084192	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

Dado en Bogotá a los 31 días del mes de agosto del año DOS MIL veinte. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MIRELLA PEÑA ROJAS

JEISSON MARIN URIBE LUIS

Diana Carolina Gómez R.
1012387333
Administradora
Servicios de Salud

Vo Bo Sindy

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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	PARTICIPACION SOCIAL Y SERVICIO AL CIUDADANO			Sede: PABLO VI					
No. DE CONTRATO:	3920-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2.020		31	8	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEISSON MARIN URIBE LUIS		C. C.	1022382186				Bogota	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR ATUS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1-) Saludar amablemente al usuario.	SI	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA A DIARIO	SI
2-) Realizar revisión de los documentos de identificación del usuario a través de un adecuado filtro en fila	SI	SIDMA, BARRERAS DE ACCESO Y ORIENTACIONES	INFORME: 1050
3-) Entrega de ficha de digiturno de acuerdo a la población prioritaria (Prioritaria, citas del día, población general)	SI	FORMATO ESTRELLAS LUMINOSAS	INFORME: 1
4-) Identificación de la población prioritaria a través de las estrategias establecidas por la institución e identificación del riesgo y escala de dolor	SI	FORMATO ESCALA DE DOLOR	INFORME: 1
5-) Registro y captura de la lista de espera de acuerdo a los lineamientos institucionales	SI	FORMATO DE LISTA DE ESPERA	INFORME: 5 FORMATOS Y 51 USUARIOS. REPORTADOS
6-) Realizar acompañamiento a personas con discapacidad y adultos mayores que lo requieran durante el ciclo de atención en salud.	SI	IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS Y ESTRELLAS LUMINOSAS	INFORME: 393 ESTRELLAS Y 1075 IDENTIFICACION DE RIESGO
7-) Realizar charlas educativas en sala de espera de acuerdo al lineamiento institucional.	SI	FORMATO DE SOCIALIZACIÓN DE INFORMACIÓN EN SALA DE ESPERA	INFORME: 428
8-) Verificación del entendimiento del usuario a través de la estrategia comunicación redundante.	SI	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA A DIARIO	SI
9-) Orientar al usuario y su familia a los programas de promoción y detección temprana en los casos que se requiera.	SI	FORMATO BARRERAS DE ACCCESO SIDMA	INFORME: 1
10-) Realización de charla de taller pedagogico a los usuarios inasistentes.	SI	FORMATO TALLER PEDAGOGICO	INFORME: NO APLICA
11-) Aplicación de encuestas de satisfacción de acuerdo a meta previamente establecida y realización de teleauditoria.	SI	FORMATO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	INFORME: 20
12-) Registro, captura y gestión de las barreras de acceso.	SI	FORMATO BARRERAS DE ACCCESO SIDMA	INFORME:
13-) Verificación de ordenes medicas en el egreso del usuario para orientación y direccionamiento.	SI	ACTIVIDAD QUE SE REALIZA A DIARIO	SI
14-) Asistir a reuniones y capacitaciones programadas por la dependencia.	SI	UAT, CAPACITACIONES, ULG.	ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIA
15-) Todas las demás actividades que le sean designadas por el jefe de la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano de la Subred.	SI	LLAMADAS TELEFONICAS	INFORME:191 LLAMADAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1,374,338)UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS.

NOMBRE COMPLETO Y FIRMA: JEISSON MARIN URIBE LUIS C.C 1022382186

Firma de recibido supervisor MIRELLA PEÑA ROJAS

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

Diana Carolina Gómez R.
1012387333
Administradora
Servicios de Salud

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 1022382186		URIBE LUIS JEISSON MARIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 97c #41-25 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5700445	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-07	2020-07	699599556	9408084192	I	2020/08/24	2020/08/03	BANCO CAJA SOCIAL	0	$289,300

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
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$17,600	$0	$0	$17,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$289,300	$0	$0	$289,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

2020/08/04 07:24 PM

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

Jeisson Marin Uribe Luis

CC. 1.022.382.186 DE Bogotá

La suma de $**1.374.338** por concepto de: **Prestación de servicios de salud como auxiliar de servicio al ciudadano en la oficina de participación comunitaria y servicio al ciudadano** durante el periodo de 01 al 31 de agosto de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios de salud No. **3920-2020**

Jeisson Marin Uribe Luis

CC. 1.022.382.186 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 550468200106796