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	550468200106796								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		8 de 8				
NÚMERO DE CDP	1242	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	37031	FECHA	30/08/2020			
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	9	2020		30	9	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:	$10.994.704
VALOR EJECUTADO	$10.994.704
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
9410116254	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

Dado en Bogotá a los 30 días del mes de septiembre 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

Vobo Sindy H.

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:	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	9	2.020		30	9	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: SIDMA 1764
3-) Entrega de ficha de digiturno de acuerdo a la población prioritaria (Prioritaria, citas del dia, 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	NO APLICA : 5 FORMATOS 92 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: 210 ESTRELLAS Y 769 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: 232
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: 27
12-) Registro, captura y gestión de las barreras de acceso.	SI	FORMATO BARRERAS DE ACCCESO SIDMA	INFORME: 1
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	INFOMRE: 188 LLAMADAS

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 CC 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
2020-08	2020-08	729770533	9410116254	I	2020/09/18	2020/09/02	BANCO CAJA SOCIAL	0	$289,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC 1022382186	URIBE JEISSON	230301	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800	CCF21	30	$877,803	$17,600	14-11	30	$877,803	$21,400	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$877,803	$21,400		$0	$0

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 30 de septiembre 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