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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1023954059						
	AD2921909@GMAIL.COM				CELULAR:	3135416097						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FARMACIA				SEDE:	Pablo VI						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA16M05	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	30000021349-								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5953-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2		
NÚMERO DE CDP	1380	25/09/2020	NÚMERO DE CRP	44168	FECHA	30/09/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	10	2020		31	10	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.717.922								
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	NO APLICA						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.321.316
VALOR EJECUTADO	$3.321.316
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.717.922
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 **$2.194.508**, 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 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
9411574492	$877.803	$109.800	$140.500	4	$0	**$250.300**

Dado en Bogotá a los (31) dias del mes de (octubre) del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente

SANDRA LORENA ORTIZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Ubicación del Servicio:	FARMACIA		**Sede: Pablo VI**						
No. DE CONTRATO:	5953-2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	10	2.020		31	10	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ		C. C.	1.023.954.059			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: **Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE 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
Realizar recorridos diarios conforme a la planilla de devoluciones de Medicamentos Cerca a Casa	SI	Realizar recorridos diarios conforme a la planilla de devoluciones de Medicamentos Cerca a Casa	Planilla de recorrido diarios con visitas confirmados y con no realizadas según motivo de devolucion.
Garantizar el buen estado del vehiculo motor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad	SI	Garantizar el buen estado del vehiculo motor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad	Garantizar el buen estado del vehiculo motor y realizar los mantenimientos preventivos y correctivos necesarios para el desarrollo de su actividad.
Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del área	SI	Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del área	Apoyar el desarrollo de las actividades, jornadas y eventos del área.
Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor.	SI	Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor.	Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor.
Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecánica o accidente de tránsito que ocurra con el vehiculo motor	SI	Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecánica o accidente de tránsito que ocurra con el vehiculo motor	Elaborar y presentar los informes de la operación del vehiculo que le sean requeridos por el supervisor.
Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la institución	SI	Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la institución	Poner en conocimiento del supervisor cualquier falla mecánica o accidente de tránsito que ocurra con el vehiculo motor.
Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital	SI	Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital	Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la institución.
Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	SI	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad	Conocer, promover y aplicar las politicas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del Hospital.
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de Bioseguridad	SI	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de Bioseguridad	Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato	SI	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato	Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia para proteger la salud aplicando las normas de Bioseguridad.
Responder de forma integral por las infracciones de tránsito que le impongan en el desarrollo de su actividad	SI	Responder de forma integral por las infracciones de tránsito que le impongan en el desarrollo de su actividad	Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones realizadas por el supervisor del contrato.
Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido	SI	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido	Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al cumplimiento del objeto institucional requerido.
Además de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa, negligencia o impericia en la ejecución de los servicios pactados en las cláusulas del presente contrato	SI	Además de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa, negligencia o impericia en la ejecución de los servicios pactados en las cláusulas del presente contrato	Además de las anteriores el contratista debe asumir bajo su costo y riesgo todos los gastos en que incurra por su culpa, negligencia o impericia en la ejecución de los servicios pactados en las cláusulas del presente contrato

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1,717,922) un millon setecientos diecisiete mil novecientos venti dos pesos m/cte

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ

Fecha :31/10/2020 Firma de recibido supervisor

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

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023954059		ORTIZ DIAZ MANUEL ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 52 A SUR 4 - 88	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5243102	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	769521054	9411574492	I	2020/10/15	2020/10/13	BANCOLOMBIA	0	$267,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES					
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tad	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0		$267,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0		$267,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0		$267,900
1	CC	1023954059	ORTIZ MANUEL	C																	231001	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800	CCF22	30	$877,803	$17,600		0	$0	$0	30	$0	$0	No	$267,900
Total		**Afiliados(1)**																					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$877,803	$17,600			$0	$0		$0	$0		$267,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE							
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1023954059		ORTIZ DIAZ MANUEL ARMANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 52 A SUR 4 - 88	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5243102	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-09	2020-09	769521054	9411574492	I	2020/10/15	2020/10/13	BANCOLOMBIA	0	$267,900

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
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$140,500	$0	$0	$140,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$17,600	$0	$0	$17,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	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	$267,900	$0	$0	$267,900

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

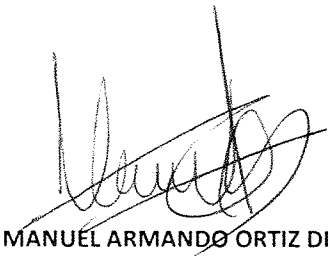
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ

C.C 1023954059 DE BOGOTA

La suma de un millón setecientos diecisiete mil novecientos ventidos pesos m/cte. (1.717.922) por concepto de: prestación de servicios como mensajero motorizado en la unidad de servicios de salud Pablo VI durante el periodo de 01 al 31 de octubre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5953-2020



MANUEL ARMANDO ORTIZ DIAZ

C.C 1023954059 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 30000021349