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. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FERNANDO CORTES LEON												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012416563							
CORREO ELECTRONICO:	fernando28cortez@gmail.com				CELULAR:	3043798370							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K26	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	475600034387									PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	111-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	12419	FECHA	31/01/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo 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, MENSAJERO EN MOTO								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	2	2020		29	2	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.710.199								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						
OBSERVACIONES: CONDUCTOR DE LA MOTO DE SEGUIMIENTOS LA SUBRED PAGA ARL , SE DESCUENTAN DOS DIAS POR INCUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES									

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$1.710.199
VALOR EJECUTADO	$1.596.185
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.596.185
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$114.014
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	93%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
4318679744	**$877.803,00**	**$109.800**	**$140.500**	4		**$250.300**

Dado en Bogotá en el mes de febrero del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Fernando cortes

FERNANDO CORTES LEON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMASY ACCIONES FO09			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	111-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	2	2.020		29	2	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FERNANDO CORTES LEÓN		C. C.	1.012.416.563		DE	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y / o asistencial en el área de pic, como mensajero con moto, dentro de los diferentes

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, Y de apoyar la implementación de los mismos	SI	se realizan las actividades asignadas	se asiste a recorridos asignados
2. Apoyar a la SUBRED en las actividades que demande según requerimientos inter institucionales y extra institucionales	SI	se apoyan las actividades asignadas	se asiste a actividades asignadas
3. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la SUBRED	SI	se realizan planillas	se diligencian planillas de los recorridos realizados
4. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	SI	se entrega planilla de afiliación del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.	se entrega planilla de afiliación
5. Mantener disponibilidad permanente en el teléfono móvil de manera que pueda mantener un contacto permanente	SI	se mantiene disponibilidad en teléfono móvil	se esta pendiente a cualquier llamado que realiza el supervisor
6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	SI	se registran los recorridos asignados	se entrega planilla de recorridos
7. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarle al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento	SI	se entrega planilla de los días laborados	se entrega planilla de los diferentes recorridos asignados
8.Participar en las jornadas de capacitación, inducción reuniones y eventos a los cuales se ha convocado	SI	se participa en las reuniones convocadas	se asiste a las respectivas reuniones
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	SI	se notifican las fallas para el mejoramiento continuo	notificar fallas
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demás de apoyar la implementación de los mismos	SI	se realizan las actividades asignadas	se asiste a recorridos asignados
11.realizar los recorridos necesarios para garantizar el seguimiento de la población objeto del programa PAI	SI	Se realizan los recorridos a las visitas asignadas	se cumplió con las visitas asignadas
12. Realizar los recorridos en compañía de un vacunador de la SUBRED	SI	se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora	se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora
13. Realizar los desplazamientos necesarios solicitados por el supervisor	SI	en el mes se realizan las visitas asignadas en la SUBRED	se realizan las visitas asignadas en la SUBRED
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por los que ejercen el control de ejecución del contrato acordes con el objeto	SI	Se asiste a las visitas de la localidad de Kennedy	Se laboro oportunamente dando cumplimiento a las visitas
15. Participar activa y pro activamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación que apunta al mejoramiento continuo de la entidad	SI	se realizan las actividades asignadas	se realizaron las actividades asignadas por el supervisor

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.596.185 UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y CINCO PESOS M/CTE

FERNANDO CORTES LEÓN C.C 1.012.416.563

Fernando Cortes L.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Yeny Andrea Diaz G

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012416563
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			FERNANDO CORTES LEON
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	BOGOTA	TELÉFONO:	6049700
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	4318679744	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2020	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2020		
DIAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/02/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	999897848		

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 0	$ 140.500
SUBTOTALES:										$ 140.500	$ 0	$ 140.500

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800
SUBTOTALES:													$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 109.800

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD							ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1012416563	CORTES LEON FERNANDO	INDEPEND		$ 877.803			NO																		231001-COLFONDOS	30	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 140.500	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	$ 109.800			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 250.300

Planilla Pagada
Planilla Pagada