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 Secretaría Distrital de Salud
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Heduer Lisandro Torres Varela												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80259146							
CORREO ELECTRONICO:	eduer.et@gmail.com				CELULAR:	3193063867							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA PIC PUENTE ARANDA PROGRAMAS Y ACCIONES				SEDE:	PUENTE ARANDA							
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:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	265059345								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5385-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6			
NÚMERO DE CDP	1598	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	50003	FECHA	06/11/2020		
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 moto PAI								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	11	2020		30	11	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.197.015								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

OBSERVACIONES: CONDUCTOR DE LA MOTO DE SEGUIMIENTO LA SUBRED PAGA AR

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$11.278.010
VALOR EJECUTADO	$11.278.010
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033707284	$878.806,00	$109.900	$140.700			$250.600

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

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

HEDUER LISANDRO TORRES VARELA
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
		Fecha de aprobación	3/4/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMASY ACCIONES FO09				Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	5385-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	11	2.020		30	11	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HEDUER LISANDRO TORRES VARELA		C. C.		80.259.146		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 procesos y procedimientos de la SUBRED DE SERVICIOS INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional.Mensajero moto PAI

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, los respectivos seguimientos de la localidad de kennedy	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 de recorridos realizados en el mes	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, disposicion a cualquier llamado	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 dias 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	asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asisitencia	se asiste a las respectivas reuniones de la subred sur occidente
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 al supervisor inmediato
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demás de apoyar la implementación de los mismos	SI	Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades.	se asiste a recorridos asignados de la localidad de kennedy
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 por el grupo de la cohorte	se cumple con las visitas asiganadas
12. Realizar los recorridos en compañía de un vacunador de la SUBRED	SI	se realizan los recorridos en compañia de la vacunadora	se realizan los recorridos en compañia 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 aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes	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): $ 2.197.015 Dos millones ciento noventa y siete mil quince M/CTE.

HEDUER LISANDRO TORRES VARELA CC 80259146	Yeny Andrea Rojas B Firma de recibido supervisor

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

V.B

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-11-11, 09:34:45 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033707284

Periodo Cotización: octubre de 2020 **Periodo Servicio:** octubre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8820208770

PAGADO 11/11/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HEDUER LISANDRO TORRES VARELA		
Documento	CC80259146	**Dirección**	CL 71D SUR #18 Q - 82
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3193063867
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días EPS	Días ADRES	Mes CST	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80259146	HEDUER LISANDRO TORRES VARELA	03	00																0	30	30	0	0	(230301) PROTECCION (INC - PROTECCION)	$ 878,806	$ 140,700	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 878,806	$ 109,900	0.000	$ 0	$ 0	(NIN-CCI) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250,600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 878,806	$ 878,806	$ 0	$ 0	$ 140,700	$ 109,900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250,600	$ 0	$ 250,600

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DOCUMENTO EQUIVALENTE N: 11/2020

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

NIT: 900. 959.048-4

DEBE A:

HEDUER LISANDRO TORRES VARELA

CC: 80259146 DE BOGOTA

La suma de $ 2.197 015, dos millones ciento noventa y siete mil quince , por concepto de prestación de servicios como **MENSAJERO CON MOTO- TECNICO _1** durante el periodo del 01 al 30 de noviembre del 2020 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N°5385 /2020.

HEDUER LISANDRO TORRES VARELA

CC: 80259146 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO **265059345**