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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA									
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MIGUEL ANGEL PADILLA NIVIAYO								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.016.028.043			
CORREO ELECTRONICO:	MIGUELNIVIAYO@HOTMAIL.COM				CELULAR:	3142248380			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	VSP				SEDE:	Fontibon			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo				%				
	FO09K32				100%				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	052427507				PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4944-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 4		
NÚMERO DE CDP	823		30/05/2020	NÚMERO DE CRP	27766	FECHA	03/06/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de VSP, 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	7	2020		31	7	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.570.149								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0				

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidade, licencias de maternidad y pagos por porcentaje o cualquier otra novedad que repercute 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	$11.328.900
VALOR EJECUTADO	$4.189.601
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.570.149
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.570.149
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	68%

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 **$2.070.290**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

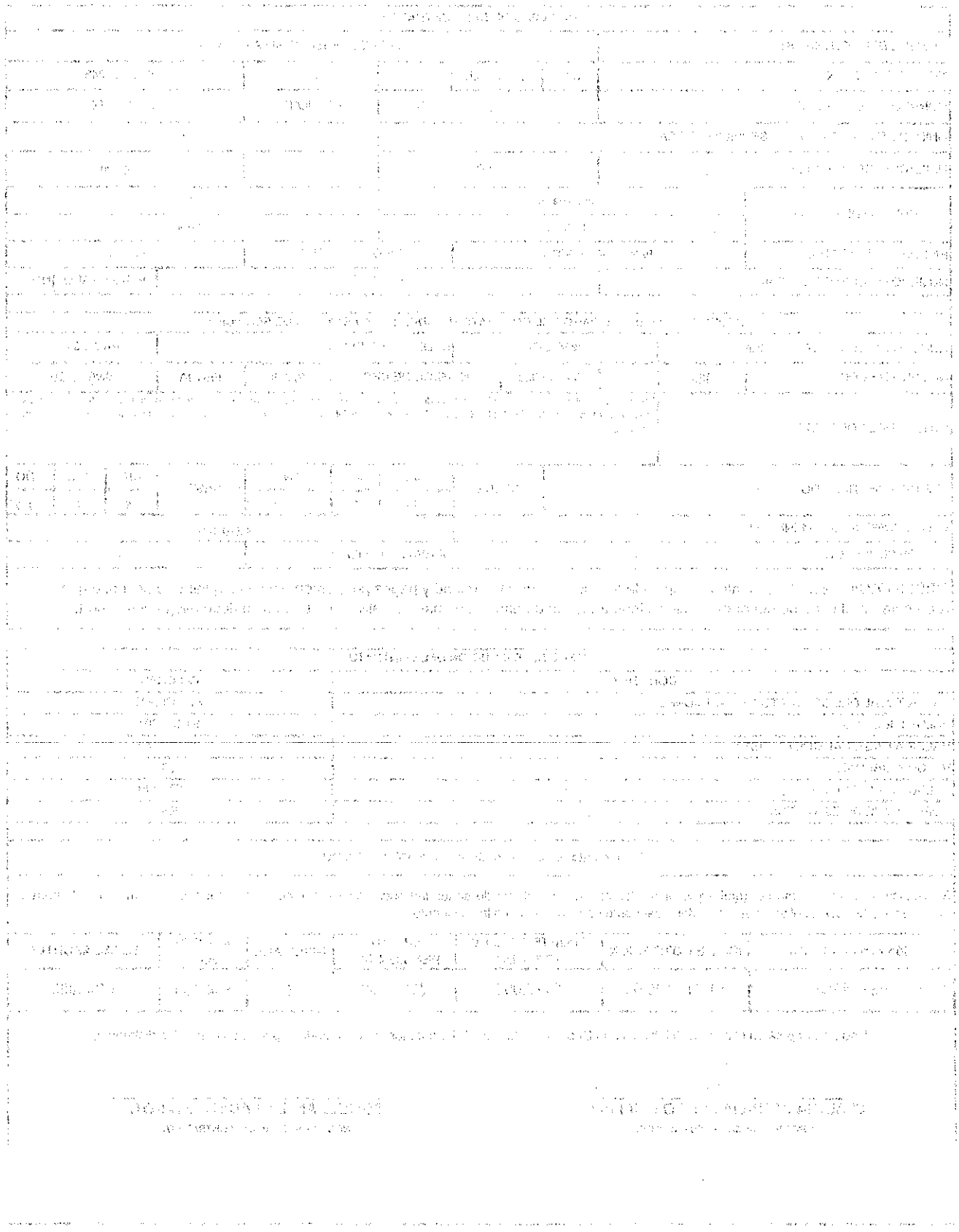
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43784284	$1.415.449,00	$177.000	$226.500	3	$34.500	**$438.000**

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

Claudia Patricia Prieto C

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MIGUEL ANGEL PADILLA NIVIAYO
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	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	VSP			**Sede: PAPS Boston**					
No. DE CONTRATO:	4944-2020	**Periodo certificado desde el**		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
				1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MIGUEL ANGEL PADILLA NIVIAYO		**C. C.**	1.018.029.043			**DE**	BOGOTA		

Prestar Servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos dentro de la SUBRED INEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ____ Servicios: SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	Realizar el seguimiento de casos y contactos de alertas por coronavirus de acuerdo a los protocolos. Apoyo técnico y operativo de la vigilancia en Salud pública de forma diaria las cuales están designadas de un total de cuarenta (40) según designadas por la lider y realizacion de (2 IEC, diarias) Informar a la lider del Proceso cualquier Novedad respecto a las caracteristicas puntuales de cada proceso.	Manejo de Aplicativo SURESCO y/o Base en Excel de seguimientos de casos probables y positivos con sus respectivos contactos de pacientes COVID-19 de acuerdo al formato establecido y al evento y realizacion de IEC e informes diarios, semanales y mensuales de acuerdo a necesidad.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS. .	SI	Verificar la Calidad del Dato en la reacción y entrega de bases de dato , para los respectivos seguimientos del covid_19.	
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas,	SI	Organización y entrega de Bases de Datos según determinantes entregadas por la lider (Abiertos, Cerrado y Positivos)	
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.,	SI	Asistir de forma oportuna a las reuniones planteadas por la lider del proceso para sus respectiva retroalimentación del proceso del Seguimiento Covid _19	Actividades de acuerdo a la dinámica del evento conforme a los lineamientos del INS y el Ministerio de Salud, Informe mensual y diario de las actividades realizadas
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Entrega oportuna de tabla de Control en la cual se registran la cantidad de Casos Indices con sus respectivos contactos estrechos con probalidades de riesgo y los Casos indices con sus respectivos contactos estrechos con resultados de examen positivos.	
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	SI	Ralizar las respectivas correciones a las retroalimentaciones brindadas por la lider del proceso frente alos hallazgos.	
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Diligenciar la repsectiva base de reporte de pruebas pendientes para Casos indices con resultados de laboratorio psedientes para Covid 19.	
Allstar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.	SI	Soportes de Correos enviados a la lider del Proceso de Seguimientos del Covid_ 19 dentro de los diarimiates expuestos por la lider del proceso.	Envio, Recepción y entrega de Soportes en medio Digital de los respectivos seguimientos de Covid_ 19
Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefonicos, tecnológicos , de protección que permitan imlementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guia y lineamientos emanados por el nivel Distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y busqueda de contactos.	SI	Se hace entrega de matriz de relacion de seguimientos telefonicos a los usuarios asignados en aliceativo SURESOC, se realizan acciones de informacion, educacion y orientacion con la pandemia del COVID 19, habitos de vida saludable, utilizacion del tiempo libre, eliminacion de barreras y otros de acuerdo a necesidades individuales.	Matriz de seguimiento a contactos indice y estrechos enviados por la SDS, formatos de captura IEC, formato de reporte diario de actividades, formato de solicitud de pruebas, formato consolidado de casos.

TOTAL A PAGAR (Tres Millones Quinientos Setenta Mil Ciento Cuarenta y Nueve Pesos M/C): $ 3.570.149

MIGUEL ANGEL PADILLA NIVIAYO CC 1.018.029.043 de Bogotá

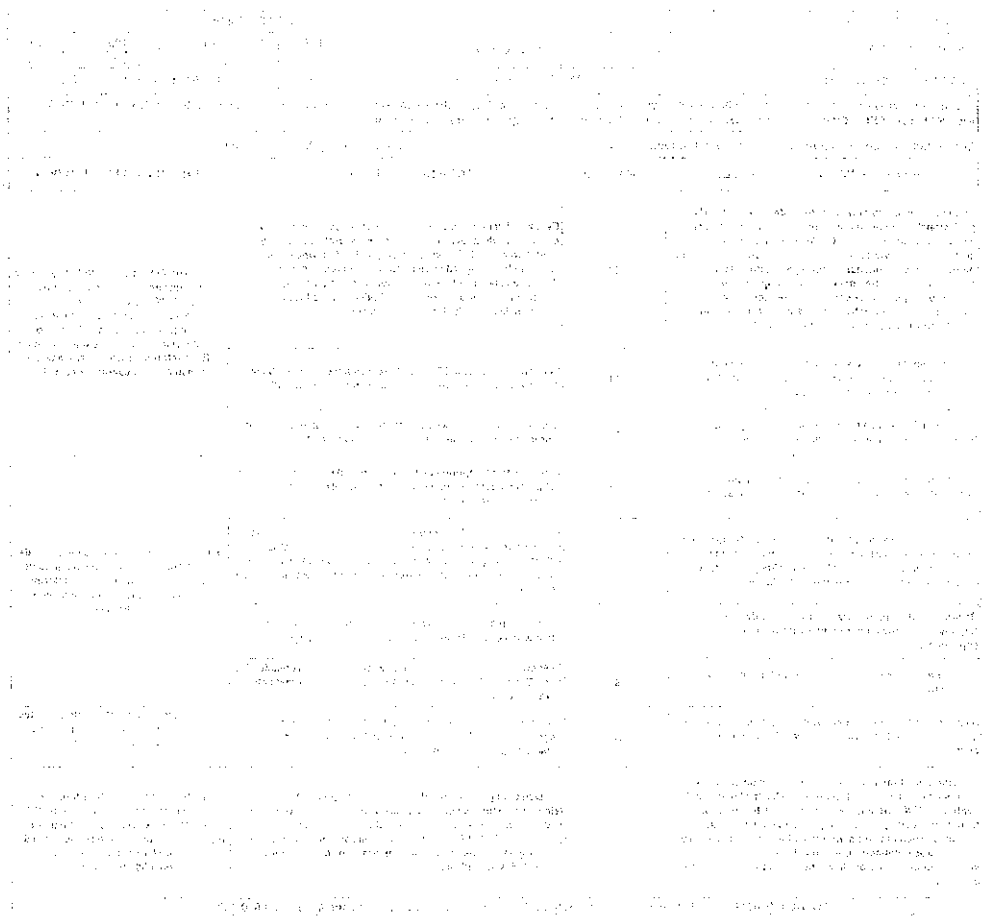
CONTRATISTA:_____

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:_____

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

Instructivo de Diligenciamiento

Ubicación del Servicio: Diligencie el area o servicio donde presta los servicios
Sede: Diligencie la sede donde presta sus servicios
No. De Contrato: Diligencie numero de contrato
Periodo certificado desde el: Diligencielá fecha inicial y la fecha final del periodo que se va a certificar
Nombre del Contratista: Diligencie su nombre
C.C.: Diligencie su cedula de ciudadania
De: Diligencie el lugar de expedición de la cedula de ciudadania
El resultado del cumplimiento del contrato es: Diligencie con una (X) si se cumple o no con los productos o servicios.
Obligaciones Contractuales: Diligencie las obligaciones presentes en el contrato
Programado: Diligencie (SI o No) si para el periodo certificado la obligación ha sido programada
Actividades Realizadas: Diligencie que actividades fueron realizadas para dar cumplimiento a las obligaciones
Productos entregados: Que productos surgieron delas actividades realizadas
Observaciones: Diligencie si es necesario agregar observaciones
Total a Pagar: Diligencie el valor en numero y letras del valor a pagar en el periodo a certificar



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016028043	Miguel Angel Padilla Niviayo	Calle 69 A Sur # 88 G 10	8013495	miguelniviayo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	08/07/2020	43784284	$438.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	177.000	0		0		0	0	0	0	177.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING - Proteccion)	800229739-0	226.500	0	0	0	0	0	0		226.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	860039790-5	34.500				34.500	0	0	34.500			345	34.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

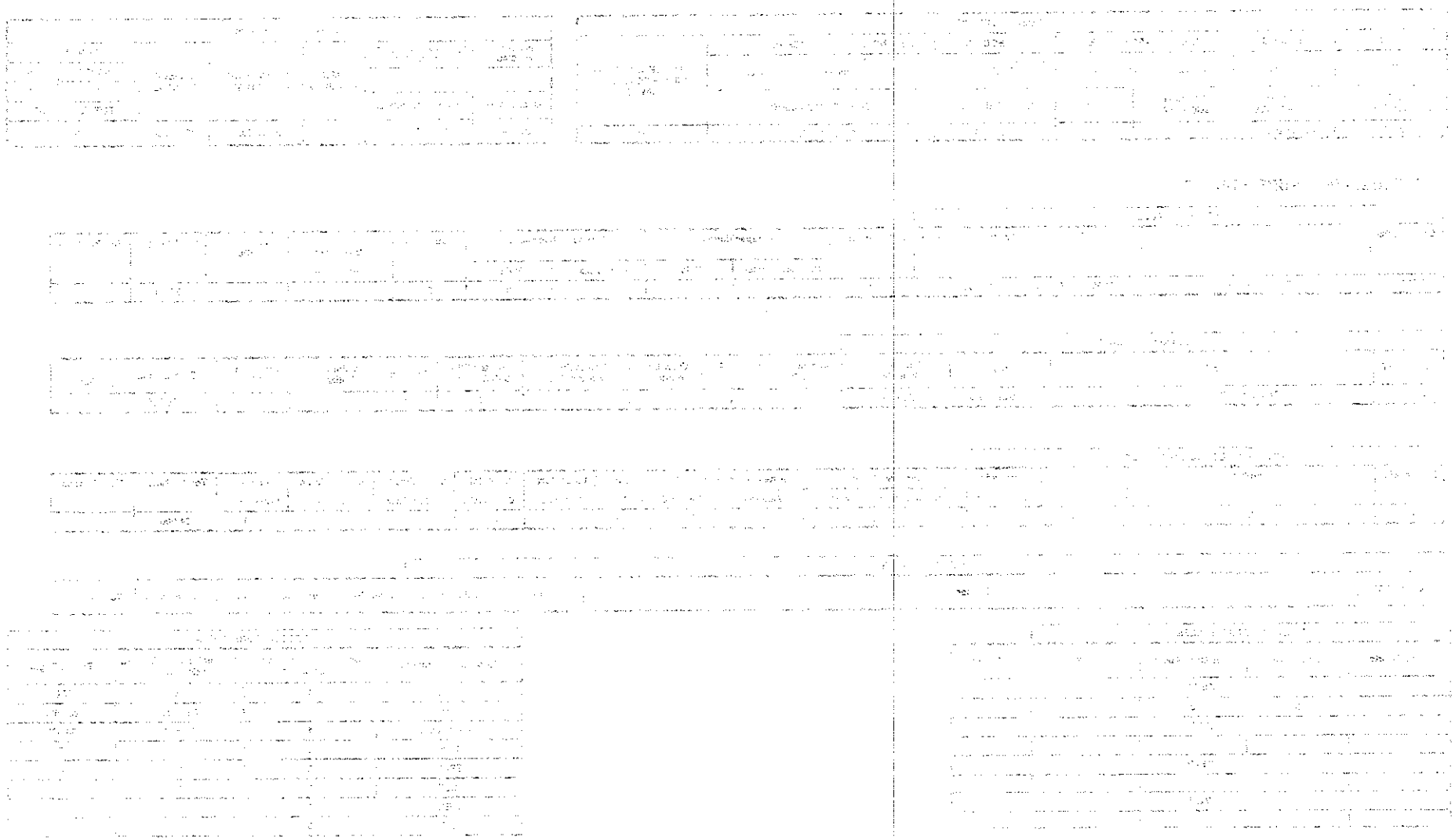
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	177.000	177.000
Pensión	1	226.500	226.500
Riesgos Laborales	1	34.500	34.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	438.000	438.000

PAGADA
43784284

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016028043	Miguel Angel Padilla Niviayo	Calle 69 A Sur # 88 G 10	8013495	miguelniviayo@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

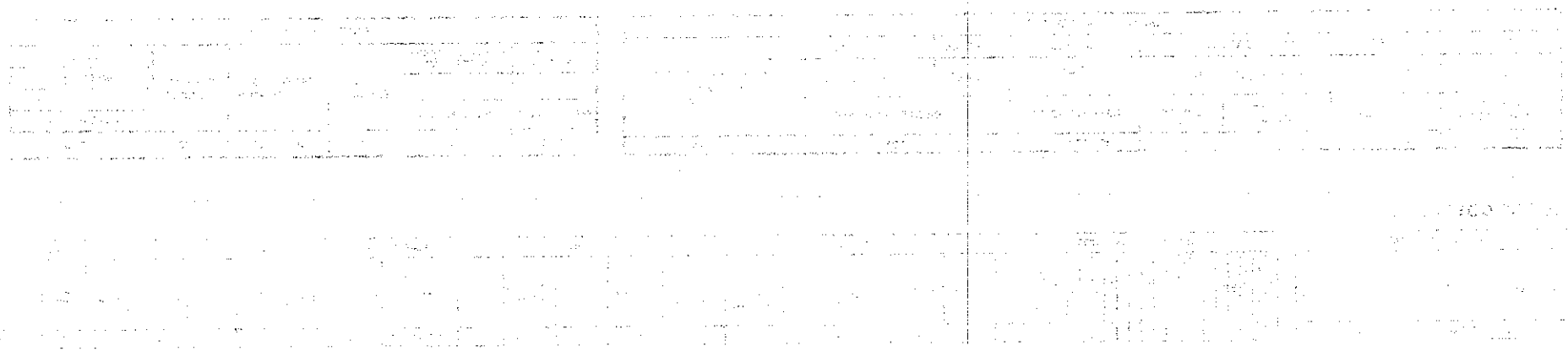
DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	08/07/2020	43784284	$438.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Exterior	Pensionado	Estudia Validar Incapacidad	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Cotización	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016028043	PADILLA NIVIAYO MIGUEL ANGEL	59	0			N	R														230201	1.415.449	226.500	0	0	0	0	EPS017	1.415.449	177.000	14-11	1.415.449	3	34.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información



DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 07/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MIGUEL ANGEL PADILLA NIVIAYO

CC 1.016.028.043 DE BOGOTA

La suma de $ 3'570.149 (TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE) PESO M/C, por concepto de servicios PROFESIONAL UNIVERSITARIO 2, durante el periodo de 01 al 31 de JULIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4944-2020

MIGUEL ANGEL PADILLA NIVIAYO

CC 1.016.028.043 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA

NUMERO 052427507