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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TAIRON ORLANDO DIAZ DAVILA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		C.E	X	NO.	1034283947							
CORREO ELECTRONICO:	tairond@gmail.com				CELULAR:	3209508257							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					PORVENIR								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PORVENIR				SEDE:	Pablo VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	PA 27 - U 01	50%	PA 34 - U 01	50%									
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	816126638-23										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2333				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7de7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22/07/2020		NÚMERO DE CRP	30378	FECHA	31/07/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PEDIATRIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO AL REQUERIMIENTO INSTITUCIONAL.										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	2020		31	8	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.646.873										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%		NO APLICA						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$21.094.920
VALOR EJECUTADO	$21.094.920
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.646.873
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
44159639	$2.547.422	$127.371	$163.035	3	$24.822	**$315.228**

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

NORIDA RAFAELA SEGURA CUELLAR
DIRECCIÓN DE SERVICOS AMBULATORIOS

TAIRON ORLANDO DIAZ DAVILA
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:	CAPS PORVENIR				**Sede:** PABLO VI BOSA					
No. DE CONTRATO:	2333-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	8	2.020		31	8	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	TAIRON ORLANDO DIAZ DAVILA		**C. E.**		1.034.283.947		**DE**	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE PEDIATRIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED SUR OCCIDENTE 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
1) Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred. sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Se realiza actas de revisión de indicadores por PAPS y servicio, se socializa a colaboradores	Actas de socialización que reposan en el archivo institucional
2) Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor.	SI	Se realiza el seguimiento semanal a las acciones que se desarrollan por unidad asistencial, realización y revisión de agendas	Tablero de control de producción Agendas
3) Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios.	SI	Implementación de acciones de mejora del servicio que lo requiera	Planes de mejora - aplicativo
4) Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor.	SI	Entrega de informes solicitados	informes
5) Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras.	SI	Entrega de respuesta de PQRS dentro de tiepos estipulados	Respuestas -Aplicativo
6) Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales.	SI	Participación activa en los diferentes comites	Actas de asistencia
7) Apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales.	SI	Participación en actividades programadas	Actas de asistencia
8) Impartir instrucciones al personal a cargo.	SI	Entrega de información adecuada y completa a todo el equipo	Diariamente - actas
9) Velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.	SI	Verificación de facturación por centro de atención y servicio	Facturas de cada servicio
10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	SI	cumplimiento y divulgacion a los colaboradores de los procedimientos establecidos	Actas
11) Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato.	SI	Realización de planes de mejora y auditoria solicitadas	actas de auditoria - planes de mejora
12) Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área.	SI	Seguimiento a las actividades de los colaboradores	actas de compromiso
13) Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad.	SI	Se realiza la revisión por cada uno de los profesionales de forma semanal	Seguimiento efectivo delos mismos
14) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	SI	Diligenciamiento completo y adecuado de losdiferentes formatos requeridos dentro del proceso	actas- requerimientos , etc
15) Ejercer la supervisión de los contratos que le sean designados.	SI	Verificar el cumplimiento de los criterios establecidos en cada uno de los contratos	Informes de supervisión
16) Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución.	SI	Se verifica a diario la implementación de estrategias como: identificación de paciente, plan padrino	Agendas y proceso de atención
17) Promover el uso racional de los recursos asignados al área.	SI	Velar y responder por recursos y adecuado funcionamiento de equipos, bienes, muebles de la institución	Listas de chequeo e inventarios
18) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.		Supervisión de los procesos por cad uno de los centros de atención	Proceso de atención
19) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.	SI	Entrega de informes acorde a solicitudes	Informes - correos
20) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI	Participación en diferentes actividades	actas
21) Supervisar la ejecución efectiva, demanda inducida y seguimiento de los programas de promoción y prevención en las áreas bajo su responsabilidad, con el objetivo de dar cumplimiento a las metas institucionales.	SI	Revisión semanal de los programas de P y P y verificación de la producción por profesional	Informes de producción y agedas por profesional
22) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI	Verificación de cumplimiento de los servicios y realización de acciones pertinentes	Planes de mejora
23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	SI	Entrega oportuna de los soportes de pago realizados al sistema	Planillas de pago
24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	SI	Realización de actividades asignadas	Actas de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR : DOS MILLONES SEIS Y CIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES PESOS ($2.646.873)

TAIRON ORLANDO DIAZ DAVILA C.E 1034283947	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.

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	1034283947	TAIRON ORLANDO DIAZ DAVILA	CALLE 152 #58-51 T2-402 COLINA	3209508257	tairond@gmail.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	
2020-07	2020-07	I	21/07/2020	44159639	$1.593.400	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	623.600	0		0		0	0	0	0	623.600	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	798.200	0	0	25.000	25.000	0	0		848.200	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										
14-29	Equidad Vida	830008686-1	121.600				121.600	0	0	121.600			1.216	121.600	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	623.600	623.600
Pensión	1	848.200	848.200
Riesgos Laborales	1	121.600	121.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.593.400	1.593.400

PAGADA 44159639

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	1034283947	TAIRON ORLANDO DIAZ DAVILA	CALLE 152 #58-51 T2-402 COLINA CAMPESTRE	3209508257	tairond@gmail.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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-07	2020-07	I	21/07/2020	44159639	$1.593.400

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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
CC	1034283947	DIAZ DAVILA TAIRON ORLANDO	59	0			N																	230201	4.988.400	798.200	0	0	25.000	25.000	EPS008	4.988.400	623.600	14-29	4.988.400	3	121.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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