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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JORGE ENRIQUE AHUMADA**												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	**13.468.151**							
CORREO ELECTRONICO:	jahumada48@hotmail.com				CELULAR:	3228195700							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E**												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:					SEDE:	TRINIDAD GALAN							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	N 012	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24093422507								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**4281-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**2**				
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2021	**NÚMERO DE CRP**	**14605**	**FECHA**	**31/01/2021**				
OBJETO DEL CONTRATO:	**prestar servicios profesionales de apoyo a la gestion como CONDUCTOR DE AMBULANCIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.de acuerdo a las neccesidades de la institucion.**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	3	2021		31	3	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.113.776										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%	NO								

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. SE COBRAN 21 TURNOS EN LA MOVIL 5129 CON VALOR DE HORA 8,388. SIN DESCUENTO

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.834.880
VALOR EJECUTADO	$3.925.584
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.113.776
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.909.296
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$2.271,315**, 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
1035804131	$908.526	$113.566	$145.364	4	$0	**$258.930**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de MARZO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DR. PIOQUINTO ALEMAN SALDAÑA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jorge Ahumada
JORGE ENRRIQUE AHUMADA SALINAS
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA		Sede			TRINIDA GALAN					
No. DE CONTRATO:	4281-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	3	21		31	3	21		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JORGE ENRIQUE AHUMADA SALINAS		C. C.	13.468.151		DE	BOGOTA				

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CONDUCTOR dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTEE.S.E. - , de acuerdo a las necesidades de la Institución

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1) Prestar servicios como conductor de ambulancias	100%	Actividades propias de su operación	Cuidar la movil asiganda tanto en lo mecánico, electrico, interno y externo
2) Reportar las novedades de las móviles relacionadas con el mantenimiento del vehículo.	100%	Realización de mantenimeinto preventivo y correctivo	Generar reporte de móvil (Apoyo administrativo)
3) Diligenciar los registros de traslados, formatos de facturación, informes de actividades y hacer entrega de los mismos según las orientaciones del supervisor.	100%	Diligenciamiento de control de movil semanal y mensual	Entregar formatos de conrol de móvil semanal y mensual a la oficia los primeros 5 dias de cada mes (Certificación del lider de la ambulancia)
4) Velar por la existencia en el vehículo de insumos como combustible, oxígeno, extintor de incendios entre otros	100%	Diligenciamiento de control de la movil, entregas de turno, seguimiento a SOAT, control de gases	Entregar formatos a la oficina (Certificación del lider de la ambulancia) Actas en caso de no cumplimiemto
5) Establecer las relaciones de coordinación con los auxiliares y tripulaciones para el manejo de pacientes y la adecuada prestación de los servicios de salud.	100%	Trabajo en equipo	Actitud de trabajo en equipo (actas en caso de dificultades que se presenten)
6) Cumplir las normas de tránsito y de seguridad en los vehículos y velar por el cumplimiento de las mismas por parte de los tripulantes.	100%	Cumplir las normas de tránsito, y las normas de seguridad vial definidas en la Insitución	Reportes en la matriz de seguridad vial (seguimiento a comparendos, fallas de tránisto)
7) Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención.	100%	Notificar dificultades en el desarrollo de las actividades	Actas, novedades en caso de ser requerido
8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	100%	Velar por la completitud, por el cuidado, por el buen uso de elementos entregados para el desarrollo de las actividades	Control de insumos generados por el apoyo administrativo, Auditorias de Habilitación a la móvil , novedades reportadas por el taller en relación al uso de la movil
9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	100%	Asisitir a capacitaciónes, lectura de documentos definidos para aportar a el cumplimiento de las actividades	Actas de asistencia y demas soportes que se requieran para soportar lo definido
10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	100%	Adherecia a los procedimientos del proceso, protocolos, progrmas, guias, manuales, politicas Insitucionales	Reportes de seguridad, reporte de novedades, evaluaciones de adhernecia a procesos de manera aleatoria
11) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	100%	Diligenciamiento de registros como control de vehiculos, entrega de turno, registros solicitados entre otros	Registros definidos en cada caso (verificación de entrega de turno). Control de lavados de móvil , certificación por lider de móvi, segunda instancia por lider y apoyo del proceso
12) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	100%	Realizar pago y entregar soportes a la oficina cada mes	Soporte de pago
13) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	100%	Demas actividades que le sean asigandos de acuerdo a su perfil	Soportes de lo asigando
Generales	100%		
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa o indirectamente del objeto contractual.	100%	Propias de las actividades del servidor Público	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento interno, Código o Directriz interna de la ESE que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato.	100%	Propias de las actividades del servidor Público	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	100%	Propias de las actividades del servidor Público	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred y apoyar estos procesos con la información y//o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	100%	Adherirse al proceso de acreditacion	Documentos que evidencien la gestión del Desarrollo del plan de mejoramiento

Una vez termina el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de plaz y salvo por todo concepto con la Entidad el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro so pena de no certificar el último servicio recibido.	100%	Radicar al lider del proceso oficio de terminaciòn , diligenciar el formato de paz y salvo con la entidad, entrega de carnet	En caso definido por cualquiera de las partes
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición así como los recursos de agua y energia y contribuir con el reciclaje.	100%	Propias de las actividades del servidor Pùblico, Adherirse al manual PIGA	Se levanta acta en caso de no cumplimiento
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratata e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.	100%	Adherirse a los manuales de Emergencia insitucionales y demas establecidas.	Se levanta acta en caso de no cumplimiento

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):	**$ 2.113.776**	**DOS MILLONES CIENTO TRECE MIL SETECIENTOS SETENTA Y SEIS PESOS MTCE.**

Jorge Ahumada

JORGE ENRIQUE AHUMADA SALINAS 13.468.151

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Firma de recibido supervisor.

PIOQUINTO ALEMAN SALDAÑA

Fecha : 03/2021

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A

JORGE ENRIQUE AHUMADA

C.C 13.468.151 DE BOGOTA

La suma de 2.113.776 , por concepto de: El desarrollo de las actividades como CONDUCTOR durante el periodo de 01 al 31 de MARZO del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4281-2021

Jorge Ahumada

JORGE ENRIQUE AHUMADA

C.C.13.468.151 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24093422507

ADRES

La salud es de todos | Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	13468151
NOMBRES	JORGE ENRIQUE
APELLIDOS	AHUMADA SALINAS
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión:	03/12/2021 12:22:13	Estación de origen:	192.168.70.1

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-03-12, 09:28:41 AM Tipo Planilla: I PLANILLA INDEPENDIENTES Número Planilla: 1035804131

Periodo Cotización: febrero de 2021 Periodo Servicio: febrero de 2021 Referencia pago (PIN): 8817777410

PAGADO 12/03/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JORGE ENRIQUE AHUMADA SALINAS		
Documento	CC13468151	**Dirección**	CL 105 SUR #3 A - 59 SUCRE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3228195700
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	UNICO
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			
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	IBC AFP	Días AFP	IBC ARP	Días ARP	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Cenit	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Mi Educación
CC 13468151	JORGE ENRIQUE AHUMADA SALINAS	1	0											1	30	30	30	25-14-0001-PENSIONES	$ 908,526	$ 145,400	0001-971-FAMISANAR EPS	$ 908,526	$ 113,000	11,000	$ 0	$ 0	NIN-001	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

III.TOTALES

IBC Pension	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Caja	Aportes Pension	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Caja	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
$ 908,526	$ 908,526	$ 0	$ 0	$ 145,400	$ 113,000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 258,000	$ 0	$ 258,000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 – Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 62 - Barranquilla: 361 08 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil. SIMPLE!

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

Bogotá DC de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI____ o NO __X__cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __X__cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO	EDAD	CURSO	INSTITUCION

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI _____ NO __X____
5. SI _____ NO __X___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _____ NO __X__ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_____
8. Solicito SI _____ NO __X____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __X__ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO _____

Atentamente

NOMBRE Jorge Enrique Ahumada S. FIRMA
C.C 13468151
UNIDAD CREAT

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14399510068

(415)7707212489984(8020) 000001439951006 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 3 4 6 8 1 5 1 – 0

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente:	25. Tipo de documento:	26. Número de Identificación:	27. Fecha expedición:
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de ciudadanía 1 3	1 3 4 6 8 1 5 1	1 9 8 1 1 1 2 8

Lugar de expedición	28. País:	29. Departamento:	30. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA	1 6 9	Norte de Santander 5 4	Cúcuta 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AHUMADA	SALINAS	JORGE	ENRIQUE

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

UBICACION

38. País:	39. Departamento:	40. Ciudad/Municipio:
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 105 3 A 25 BRR ANTONIO JOSE DE SUCRE

42. Correo electrónico:	43. Código postal	44. Teléfono 1:	45. Teléfono 2:
psalamca@hospitalfontibon.gov.co		3 1 4 3 6 5 2 4 2 7	

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código:	47. Fecha inicio actividad:	48. Código:	49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1	2
8 6 9 9	2 0 0 9 1 0 2 6	8 2 9 9	2 0 1 7 0 1 0 5		

Ocupación

51. Código:

52. Número establecimientos:

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código:	1	2																								

12- Ventas régimen simplificado

Obligados aduaneros

54. Código:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 7 0 1 0 5

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Jorge E Ahumada
1346815 cuenta N.S

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: GUARIN GUTIERREZ MARY LUCY

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 05-01-2017 08:55:21AM

DOCUMENTO SIN VALIDEZ