6894

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79300602						
CORREO ELECTRONICO:	adobel0989@gmail.com				CELULAR:	3007417189						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	PAPS 48						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	37%	K23	16%	K13	15%	K14	12%	K16	15%	K19	5%
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	OO74114042								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0703-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			No 1 de 2		
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	2018-01-12	NÚMERO DE CRP	8375		FECHA	2018-01-31	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales 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.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	2	2018		28	2	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$3.070.655
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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 **$1.953105**, 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
8325509616	$1.228.262,00	$153.500	$196.500	3	$30.000	**$380.000**

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Angela Maria Forero
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Adolfo M Beltran R.
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

20.02.18

BOGOTA FEBRERO 2018

CUENTA DE COBRO 1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ
CC. N° 79300602 Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No SO - 0703 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: 30 DIAS
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO: TRES MILLONES SETENTAMIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C
TOTAL: $ 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 0074114042
DEL BANCO: BBVA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	37%	$ 1.137.793
K23	16%	$ 488.003
K13	15%	$ 460.598
K14	12%	$ 368.479
K16	15%	$ 460.598
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	5%	$ 155.184
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 3.070.655

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000)		X

CORDIALMENTE,

ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ
CC. N° 79300602 Bogota email:adobel0989@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3007417189

Secretaría Distrital 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:	PIC -ESPACIO VIVIENDA										Sede: Fontibon					
No. DE CONTRATO:	0703/2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año							
			1	2	2.018		28	2	2.018							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ		C. C.	79.300.602	DE	BOGOTA										

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales 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.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Especificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	16 planes familiares formulados 16 planes familiares implementados Reuniones de equipo	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
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-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	Durante el mes se realizaron activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años, teniendo en cuenta las necesidades de las familias intervenidas.	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Se realiza seguimiento a las activaciones de ruta acorde a las necesidades de las familias intervenidas.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.	SI	Durante el mes las notificaciones de eventos de interes en salud publica se realizan teniendo en cuenta las condiciones y caracteristicas de cada familia.	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	44 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $3,070,655. TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C

ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ C.C. 79300602

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.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ
No. Identificación: CC79300602
Dirección: CALLE 4 N 4-78
Telefono: 2453261
Correo: adobel0989@gmail.com
Ciudad: GUASCA
Número de Planilla: 8325509616

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ
Tipo y número de identificación	CC79300602
Número de planilla	8325509616
Fecha pago	2018-02-08
Número de autorización pago	1000000786
Banco	1001

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2018
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2018
Número de Administradoras	3
Total Pagado	382200
Total Intereses de Mora	2000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	30200	1
230301	Porvenir	197600	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	154400	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79300602
APELLIDOS Y NOMBRES: ADOLFO MANUEL BELTRAN RODRIGUEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1228262	1228262	1228262	0	153600	0	196600	0	30000	0

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