179726

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Julian Francisco Bahamon Charry												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.075.255.771							
CORREO ELECTRONICO:	julianchobahamon@hotmail.com				CELULAR:	3124559078							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FO09K27												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
DE CUENTA BANCARIA	550076300070893								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
CONTRATO Y VIGENCIA:	5974-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 2			
NÚMERO DE CDP	721	FECHA	20/05/2021	NÚMERO DE CRP	29503	FECHA	24/05/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.627.684								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0						

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.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4.474.144
VALOR EJECUTADO	$ 4.474.144
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.627.684
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 **$2.271.315** 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7800551945	$846.460	$105.900	$135.500	3	$20.700	**$262.100**

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO de (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY
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:	PIC FO09 - K27		Sede: FONTIBON							
No. DE CONTRATO:	5974-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	6	2.021		30	6	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Julian Francisco Bahamon Charry		C. C.		1.075.255.771		DE		NEIVA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Acercamiento a un caso de mujer victima del conflicto armado para mitigar barrera de acceso. Realización de inducción sobre apropiación conceptual. Participar en las reuniones convocadas por y entre las estrategias y en las asistencias técnicas y/o reuniones convocadas por la SDS.	Evidencia de aplicación de instrumento en de identificación de riesgos. Gestión en salud Instrumento de identificación de necesidades.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por ls SDS/ESE.	SI	Acercamiento a un caso de mujer victima del conflicto armado para mitigar barrera de acceso. Realización de inducción sobre apropiación conceptual. Participar en las reuniones convocadas por y entre las estrategias y en las asistencias técnicas y/o reuniones convocadas por la SDS. Apoyo a toma de pruebas COVID19	Evidencia de aplicación de instrumento en de identificación de riesgos. Gestión en salud Instrumento de identificación de necesidades.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No se programa esta actividad para este mes	No aplica para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	SI	Apoyo a toma de pruebas COVID19 Apoyo a la embajada de Noruega	Acta de actividad
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Acercamiento a un caso de mujer victima del conflicto armado para mitigar barrera de acceso.	Evidencia de aplicación de instrumento en de identificación de riesgos. Gestión en salud Instrumento de identificación de necesidades.
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	Soportes de productos para el periodo ejecutado.	Documentos soporte de productos.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica. 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	No se registra eventos de salud pública	
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	En el instrumento de identificación de necesidades se informó a los individuos, familias y/o colectivos sobre los deberes y derechos en seguridad social en salud.	Instrumento de identificación de necesidades.
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes de Junio	No aplica para el mes de Junio
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	* Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. Estructura de matriz definida por la SDS.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisión de formatos con la líder del equipo	* Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. Estructura de matriz definida por la SDS.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Entrega mensual de formatos de seguimiento a la líder del equipo	* Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. Estructura de matriz definida por la SDS.
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	NO	Se realiza acompañamiento a asitencias técnicas a EAPB e IPS asignadas	Soporte de asistencia
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	* Formato Plan de atención interdisciplinar. * Informe con estructura previa definida por la SDS. Estructura de matriz definida por la SDS.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insumos	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insumos.

OBSERVACIONES: Pago por tres millones seiscientos veintisiete mil seiscientos ochenta y cuatro pesos (3.627.684)

Ninguna

JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY - CC 1075255771

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.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO POR SUBSISTEMA : PENSION Y / O ADMINISTRADORA : TODAS

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075255771
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY BAHAMON CHARRY BAHAMON CHARRY
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 64 A N ° 1D-27	TELÉFONO:	8660139
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7800551945	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1017725755

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 135.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.500	$ 0	$ 135.500
SUBTOTALES:										$ 135.500	$ 0	$ 135.500

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL AFILIADO										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMINISTRADORA	NUEVA ADMINISTRADORA	DIAS COT	IBC	TARIFA	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		TOTAL APORTE
																																	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	EMPLEADOR	EMPLEADO	
1	CC 1075255771	BAHAMON CHARRY JULIAN FRANCISCO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.627.684				NO	24	30															25-14 COLPENSIONES		7	$ 846.460	16,000 %	$ 135.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 135.500

TOTAL PAGADO: $ 135.500

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO POR SUBSISTEMA : SALUD Y / O ADMINISTRADORA : TODAS

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075255771
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY BAHAMON CHARRY BAHAMON CHARRY	
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 64 A N ° 1D-27	TELÉFONO:	8660139
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			7800551945	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	mayo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2021/06/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			1017725755

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 105.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 105.900	$ 0	$ 0	$ 105.900
SUBTOTALES:													**$ 105.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 105.900**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL AFILIADO									NOVEDADES													SEGURIDAD SOCIAL										
																						SALUD										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMINISTRADORA	NUEVA ADMINISTRADORA	DIAS COT	IBC	TARIFA	COTIZACIÓN	UPC	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA DE MATERNIDAD		TOTAL APORTE
																																NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	
1	CC 1075255771	BAHAMON CHARRY JULIAN FRANCISCO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.627.684			NO	24	30															EPS037-NUEVA EPS		7	$ 846.460	12,500 %	$ 105.900	$ 0		$ 0		$ 0	$ 105.900

TOTAL PAGADO: $ 105.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO POR SUBSISTEMA : ARP Y / O ADMINISTRADORA : TODAS

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1075255771
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY BAHAMON CHARRY BAHAMON CHARRY	
CIUDAD/MUNICIPIO:	NEIVA	DEPARTAMENTO:	HUILA
DIRECCIÓN:	CALLE 64 A N ° 1D-27	TELÉFONO:	8660139
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7800551945		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN QTROS	MES mayo	AÑO 2021	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo	AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/06/09		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1017725755

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 20.700	$ 20.700	$ 0	$ 0	$ 20.700
SUBTOTALES:									**$ 20.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 20.700**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL AFILIADO										NOVEDADES														SEGURIDAD SOCIAL ARP						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EN EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMINISTRADORA	DÍAS COT	IBC	CLASE DE RIESGO	TARIFA	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	CC 1075255771	BAHAMON CHARRY JULIAN FRANCISCO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 3.627.684			NO	24	30															14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	7	$ 846.460	III	2,436 %	107525577	$ 20.700

TOTAL PAGADO: $ 20.700

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6/ 2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY

C.C 1075255771 DE NEIVA

La suma de $ 3.627.684 (tres millones seiscientos veinte siente mil seiscientos ochenta y cuatro pesos m/cte), por concepto de: Prestar servicios como enfermero- profesional universitario-2, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5974-2021

JULIAN FRANCISCO BAHAMON CHARRY

CEDULA DE NEIVA

CUENTA DE AHORROS - DAVIVIENDA

NUMERO 550076300070893