6538-7150

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:	LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1018415077							
CORREO ELECTRONICO:	luisclamor@gmail.com				CELULAR:	3115414149							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON FO09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K19	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4652010650								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO -3567 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO Psicologo, Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la intitución.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		13	02	2018		28	2	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.665									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
OBSERVACIONES: NINGUNA										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4.913.048
VALOR EJECUTADO	$1.637.682
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.637.682
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.275.366
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 **$1.953.105**, 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
8476136792	$737717	$92.215	$118.035	3	$17.971	**$228.220**

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

JESUS ANDRES BRAVO ROJAS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. FEBRERO 2017

CUENTA DE COBRO 1

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

LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO
CC. N° 1018415077 de Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No S0- 3567 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: **Un millón seicientos treinta y siete mil seicientos ochenta y dos. M/cte.**

TOTAL: $ 1.637.682

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 4652010650
DEL BANCO: COLPATRIA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$
K16	0%	$
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	100%	$ 2.950.000
K18	0%	$
TOTAL	100%	$ 2.950.000

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2016		X
DECLARO 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 ($44.603.600)		X

CORDIALMENTE,

LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO
cc # 1018415077 luisclamor@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. **3115414149**

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:	Gobernanaza					**Sede: Centro A**				
No. DE CONTRATO:	3567- 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			13	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Luis Alberto Clavijo Moreno		**C. C.**	1.018.415.077			**DE**	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como psicólogo de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	SI	Asistencia y relalización de inducción a la empresa y al cargo	archivos de presentación de actividades
Participar en la construcción de planes de trabajo en equipo interdisciplinario, el cual debe contar con la planificación, momentos de implementación de diálogos en salud, acciones territoriales en el nivel comunitario, sistematización y socialización de resultados según	SI	Revisión y consolidación del capitulo 4 del informa ACCVSyE, poblaciones diferenciales	Documento, actas, Listados de asistencia
Participar en las reuniones concertadas de planificación y seguimiento con el equipo técnico de víctimas de la SDS según se defina	SI	Asistencia a reuniones equipo de gobernanza	Actas, Listados de asistencia
Realizar seguimiento, monitoreo y evaluación al plan de atención psicosocialformulado y concertado con las personas	SI	Análisis social de indicadores de metas del plan territorial de salud, para el informe de seguimiento y monitoreo de metas.	Actas, Listados de asistencia

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.637.682 (un millon seicientos treinta y siete mil seicientos ochenta y dos pesos)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO C.C. 1018415077

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

Identificación	1018415077	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	4783871
Razón Social	LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO	Dirección	CRA 12 11 65 SUR 3 PISO	Fecha Pago	16/02/2018
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Febrero-18
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	25654697	Periodo Pensión	Febrero-18
Total a Pagar	$241,800	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

PENSIÓN

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Voluntaria Afiliado	Voluntaria Empleador	Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Interés Mora	Total antes Mora	Total a Pagar
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	900336004	1	$781,242	$125,000	$0	$0	$0	$0	$0		$125,000
Totales				$781,242	$125,000	$0	$0	$0	$0	$0		$125,000

SALUD

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	UPC	Interés Mora	Autorización Incapacidades	Valor Incapacidades	Autorización Licencias	Valor Licencias	Saldo a Favor	Total antes Mora	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	860066942	1	$781,242	$97,700	$0	$0		$0		$0		97700	$97,700
Totales				$781,242	$97,700	$0	$0		$0		$0		$97,700	$97,700

INFORMACIÓN ARP

Código	Nombre	Nit	Afiliados	Sumatoria IBC	Cotización	Interés Mora	Valor Total Incapacidades	Saldo a Favor	Valor Pagado Otros Riesgos	Total antes Mora	Total a Pagar
14-28	ARP Sura	800256161	1	$781,242	$19,100	$0				19100	$19,100

PAGADO

Este documento esta clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Informacion

ISO / IEC 27001 icontec Certificado N° SC 0763-1