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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:								LUIS ALBERTO CALVIJO 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 FO 09					
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	%	
	K25	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:		3567/2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3	
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18959	FECHA	28/03/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO Referente de Salud Mental y SPA 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 institución.								
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			01	04	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					$3.070.655				
TIPO DE SERVICIOS	PIC		RESERVA DE GLOSA 0%			$0			

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$7.778.992
VALOR EJECUTADO	$7.778.992
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.070.655
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 **$1.844.293**, 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
8326366646	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

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

ANDRES BRAVO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. ABRIL 2018

CUENTA DE COBRO 3

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 Bogotà

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 3567 / 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 SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO pesos.
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 **4652010650**
DEL BANCO: *del Banco COLPATRIA*

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K402	0%	$ -
K609	0%	$ -
W509	0%	$ -
K709	0%	$ -
K809	2%	$ -
K909	2%	$ -
V709	0%	$ -
K109	0%	$ -
V909	0%	$ -
K25	100%	$ 3.070.655
K308	0%	$ -
TOTAL	**100%**	**$ 3.070.655**

	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 ($41.654.200)		X

CORDIALMENTE,

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

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:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		**Sede:**							
No. DE CONTRATO:	3567 / 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	4	2.018		30	04	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO		**C. C.**	1.018.415.077			**DE**	BOGOTA		

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 Referente de Salud Mental y SPA 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*
Identificar y consolidar las problemáticas, prioridades y asuntos relevantes, relacionadas con la salud mental y SPA generando propuestas para posicionarlas en los escenarios locales de decisión y en los espacios institucionales de la ESE	SI	Reunion Bosa nodo coordinador y reunion alistamiento jornca de buen trato con programas, Dia administrativo, Mesa de SPA localidad de Bosa, Nodo coordinador Puente Aranda, jornada buen trato en Kennedy, Grupo tecnico de salud mental en UHMES Fontibón, reunion rutas transectorial, Reunion politicas, foro de salud mental, comite de victimas Bosa articulacion CIO de la subred,Red buen trato Puente Aranda, Reunion rutas	SI
Participar en la construcción, ajuste, implementación, monitoreo y seguimiento a la política pública de salud mental y SPA, integrando los compromisos institucionales, locales y sectoriales adquiridos en el marco de los ejes de la política y en lo que compete de acuerdo con la dinámica local e institucional.	SI	Se participa en las diferentes redes de buen trato de la subred, comité de casos de la subred, participo en articulación con el componente de programas y Gobernanza	SI
Desarrollar jornadas o encuentros de asistencia técnica para la apropiación conceptual y metodológica por parte de los referentes de equipos operativos, para orientar los enfoques y alcances de las acciones en el marco del plan de gestión concertado con los equipos técnicos	SI	No aplica para el periodo	NO
Aportar al análisis de situación en salud por etapa de ciclo vital a nivel intersectorial que guarde armonía con el plan de análisis del equipo ASIS. Debe incluir el análisis del componente de salud mental y SPA, dentro del Plan de salud de intervenciones colectivas.	SI	Se realiza articulación con referentes de análisis identificando el componente de salud mental y SPA de la subred	SI
Realizar procesos de monitoreo y seguimiento a las acciones propias de la política de salud mental y SPA, por medio de seguimiento a indicadores trazadores en salud, seguimiento al cumplimiento de las metas distritales de salud e indicadores institucionales, entre otros.	SI	Se realiza verificación de cumplimiento y monitoreo de indicadores con el equipo de SIVIM y SISVECOS	SI
Aportar a la construcción e implementación de rutas de atención en salud que vinculen las dimensiones sectorial y transitoria, en busca de optimizar la respuesta a las necesidades de los usuarios como individuo, familia y comunidad	SI	Articulación con referente de activación de rutas de la subred	SI
Coordinar o apoyar las jornadas, campañas y demás actividades de visibilizarlan de la política pública o del tema de salud mental y SPA en las localidades y el distrito	SI	Se participa en diferentes espacios para realizar posicionamiento de política.	SI
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la ESE y la Secretaría Distrital de salud.	SI	Se participa en diferentes reuniones de Gobernanza y Politicas	SI
Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de salud de intervenciones colectivas	SI	Se realizo lectura necesarias y anexos operativos de la política de Salud Mental y SPA	SI
Desarrollar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos, informes y productos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad	SI	se realiza mapa de actores e Informes de sala situacional	SI
Participar en procesos de inducción y re inducción.	NO	No aplica para el periodo	NO
Participar en las reuniones convocadas por la Secretaría Distrital de salud, a nivel local y por la institución	SI	Asistencia tecnica de SDS para la ejecucion de la jornada y claridad de lineamientos	SI
Mantener organizado el archivo institucional bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente	SI	Se mantiene organizado y con manejo responsable el archivo que nos brinda la subred suroccidente	SI
Velar por el buen uso de los equipos y elementos de trabajo suministrados por la institución.	SI	se dispuso del equipo de computo el cual se utilizo adecuadamente , con capacidad adecuada para el envió y realización de Informes necesarios para el seguimiento a las actividades desarrolladas.	SI
Dar respuesta oportuna a las solicitudes, quejas, reclamos o derechos de petición tanto internos como externos, corresponsables a su actividad.	SI	Se realiza respuestas oportunas en los diferentes encuentros a las solicitudes por las entidades	SI
Realizar el alistamiento de los soportes, presentar pre auditorias y auditorías de su intervención, de acuerdo a las fechas estipuladas por la firma interventora, SDS o la institución.	SI	se realizo alistamiento para la presentación de pre auditorias del mes a certificar	SI
Las demás obligaciones que la oficina Jurídica Considere, para este tipo de contratación.	SI	*Aplica para el periodo, por contratación.*	SI

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3,070,655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CICUENTA Y CINCO PESOS

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL Luis Clavijo Moreno

Fecha : ds/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.

Identificación	1018415077	Sucursal	PRINCIPAL	Teléfono	4783871
Razón Social	LUIS ALBERTO CLAVIJO MORENO	Dirección	CRA 12 11 65 SUR 3 PISO	Fecha Pago	17/04/2018
Clase de Aportante	I - Independiente	Ciudad	BOGOTÁ, D.C.	Periodo Salud	Abril-18
Banco	BANCO DAVIVIENDA	No. Planilla	26957303	Periodo Pensión	Abril-18
Total a Pagar	$380,200	Total Intereses Mora	$0	Estado	Pagada
Número Días en Mora	0				

compensar | miplanilla.com

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	$1,228,400	$196,600	$0	$0	$0	$0	$0		$196,600
Totales				$1,228,400	$196,600	$0	$0	$0	$0	$0		$196,600

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	$1,228,400	$153,600	$0	$0		$0		$0		153600	$153,600
Totales				$1,228,400	$153,600	$0	$0		$0		$0		$153,600	$153,600

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	$1,228,400	$30,000	$0				30000	$30,000

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

ISO / IEC 27001 icontec Certificado Nº SI 304 1