

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 1
Fecha de aprobación 09/11/2016
Código 15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JAVIER SOSA BAQUERO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.			80213818			
CORREO ELECTRONICO:				megabaquero@gmail.com			CELULAR:			3107979954			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FO09									
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	%
		K27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA			TIPO DE CUENTA:			AHORROS			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				44874904497						PENSIONADO		NO	
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3628-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7			
NÚMERO DE CDP		1249	FECHA	2707/2018		NÚMERO DE CRP		34713	FECHA	31/07/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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	8	2018			31	8	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					
OBSERVACIONES:													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$19.856.902					
VALOR EJECUTADO								\$19.856.902					
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 <u>mínimo</u> 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					
8482306038	\$1.228.300,00	\$153.600		\$196.600		3	\$30.000	\$380.200					
Dado en Bogotá en el mes de AGOSTO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 JAVIER SOSA BAQUERO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



Ubicación del Servicio:	PIC- ESPACIO VIVIENDA		Sede: FONTIBON - FO09	
No. DE CONTRATO:	3628 - 2018	Periodo certificado desde el	Día 1	Mes 8
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAVIER SOSA BAQUERO		Año 2018	Día 31
			Mes 8	Año 2018
			C. C.	80.213.818 DE BOGOTÁ

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion 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	PROGRAMA DO	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	1 sesion de acercamiento, 1 sesion de seguimiento #2, 7 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 15 sesiones de seguimiento #5, 5 sesiones de seguimiento #6, 1 dialogo de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 2 dias administrativos, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes.	Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas metodologicas, . formatos de actas.
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	1 sesion de acercamiento, 1 sesion de seguimiento #2, 7 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 15 sesiones de seguimiento #5, 5 sesiones de seguimiento #6, 1 dialogo de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 2 dias administrativos, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes.	Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas metodologicas, . formatos de actas.
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
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.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
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.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	1 sesion de acercamiento, 1 sesion de seguimiento #2, 7 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 15 sesiones de seguimiento #5, 5 sesiones de seguimiento #6, 1 dialogo de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 2 dias administrativos, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes.	Entrega de fisica de Actas , Formatos , PAP 20 Y PAP 030 de las sesiones de Seguimientos de la atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	1 sesion de acercamiento, 1 sesion de seguimiento #2, 7 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 15 sesiones de seguimiento #5, 5 sesiones de seguimiento #6, 1 dialogo de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 2 dias administrativos, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes.	Acta de revisión
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preeditorias del referente del espacio asignado.	SI	Se realiza ajustes pertinente a los soportes de acuerdo a solicitud y Revisión de formatos por la coordinacion del equipo PAPSIVI.	Acta de revisión
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se realiza entrega y ajuste se soportes de acuerdo a solicitud de coordinacion PAPSIV.	Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas metodologicas, . formatos de actas. Ajustados y revisados
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira	Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de
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 insumos	cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

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

JAVIER SOSA BAQUERO, C.C: 80.213.818 DE BOGOTÁ

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

Fecha: 30/03/2018 Firma de recibido supervisor

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

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																		
EMPLEADO				PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS			PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$196,600			\$1,228,300	\$153,600				\$1,228,300	\$7,400		\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$196,600			\$1,228,300	\$153,600				\$1,228,300	\$7,400		\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$196,600			\$1,228,300	\$153,600				\$1,228,300	\$7,400		\$0	
1	CC	802133818	SOCIA JAVIER	30		\$196,600	EP0002	30		\$1,228,300	CCF21	30		\$1,228,300	14-28	30	\$0	
Total Afiliados(1)						\$196,600			\$1,228,300	\$153,600				\$1,228,300	\$7,400		\$0	