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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| 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 | | 9 DE 11 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1416 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 39045 | FECHA | 31/08/2018 | | | |
| 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 requirimiento institucional. | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 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: | $32.139.522 |
| VALOR EJECUTADO | $25.998.212 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.070.655 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $6.141.310 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 81% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8484219240 | $1.228.300,00 | $153.600 | $196.600 | 3 | $30.000 | **$380.200** |

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE 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 | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 10 | 2.018 | | 31 | 10 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JAVIER SOSA BAQUERO | | **C. C.** | | 80.213.818 | | **DE** | | BOGOTA |

**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 requirimiento 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 | 1 Producto de focalización, 15 acercamientos,15 sesiones de seguimiento #2, 15 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY especifico, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY General. | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiónes 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 Producto de focalización, 15 acercamientos,15 sesiones de seguimiento #2, 15 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY especifico, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY General. | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiónes 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 Producto de focalización, 15 acercamientos,15 sesiones de seguimiento #2, 15 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY especifico, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY General. | Entrega de fisica de Actas , Formatos , PAP 20 Y PAP 030 de las sesiónes 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 veeduria 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 Producto de focalización, 15 acercamientos,15 sesiones de seguimiento #2, 15 sesiones de seguimiento #3, 15 sesiones de seguimiento #4, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY especifico, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY General. | Acta de revisión |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias 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. | N.A | N.A | N.A |
| 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 asumira el 100% de la glosa generada | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiónes de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas |
| 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.

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 80213818 | | SOSA BAQUERO JAVIER | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | KRA 109 # 75D- 22 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2780009 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2018-10 | 2018-10 | 8484219240 | 8484219240 | I | 2018/11/07 | 2018/10/10 | BANCO BOGOTA | 0 | $387,600 |

**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 | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,228,300 | $196,600 | | | $1,228,300 | $153,600 | | | $1,228,300 | $7,400 | | | $1,228,300 | $30,000 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,228,300 | $196,600 | | | $1,228,300 | $153,600 | | | $1,228,300 | $7,400 | | | $1,228,300 | $30,000 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,228,300 | $196,600 | | | $1,228,300 | $153,600 | | | $1,228,300 | $7,400 | | | $1,228,300 | $30,000 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 80213818 | SOSA JAVIER | 230201 | 30 | $1,228,300 | $196,600 | EPS002 | 30 | $1,228,300 | $153,600 | CCF21 | 30 | $1,228,300 | $7,400 | 14-28 | 30 | $1,228,300 | $30,000 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,228,300 | $196,600 | | | $1,228,300 | $153,600 | | | $1,228,300 | $7,400 | | | $1,228,300 | $30,000 | | $0 | $0 |

PAGADO



2018/10/10 09:15 AM