6-38- 7765

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	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SEBASTIAN ANDRES TAFUR MUNOZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,015,425,259							
CORREO ELECTRONICO:	seantafurm@gmail.com				CELULAR:	3187837296							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KENNEDY BRITALIA US54												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	BRITALIA							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de
	K10	0%	K12	37%	K23	16%	K13	15%	K14	12%	K16	15%	K07
ENTIDAD FINANCIERA	BBVA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	1300940200418230										PENSIONADO	No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0811-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 2		
NUMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NUMERO DE CRP	8483	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión 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.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	3	2018		30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,613,395 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVEINTA Y CINCO PESOS								
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:	$3.226.790
VALOR EJECUTADO	$3.226.790
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.613.395
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 $1,953,105, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8477378783	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	$241.800

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

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

SEBASTIAN ANDRES TAFUR MUNOZ

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2

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

SEBASTIAN ANDRES TAFUR MUÑOZ
CC. N° 1,015,425,259 BOGOTA

Por concepto de servicios prestados durante el mes de MARZO de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0811-2018 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: UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVEINTA Y CINCO
TOTAL: $ 1.613.395

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. 1300940200418230
BBVA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	37%	$ 596.956
K23	15%	$ 242.009
K13	15%	$ 242.009
K14	12%	$ 193.607
K16	15%	$ 242.009
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	7%	$ 112.938
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.613.395

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		X
DECLARA 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 ($44.603.000)		X

CORDIALMENTE,

SEBASTIAN ANDRES TAFUR MUÑOZ
CC.No 1,015,425,259 BOGOTA seantafurm@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3187837296

Secretaría Distrital 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 -ESPACIO VIVIENDA			**Sede: BRITALIA**						
No. DE CONTRATO:	0811-2018	**Período certificado desde el**		**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
				1	3	2.018		30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	SEBASTIAN ANDRES TAFUR MUÑOZ			**C. C.**	1,015,425,259			**DE**	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión 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	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Especificos Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	20 planes familiares formulados 40 planes familiares implementados Reuniones de equipo	Cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque	SI	De acuerdo a las necesidades de la familia se realizan activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años	Formato de activación de rutas
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Notificar todos los eventos de interés en salud pública. 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	Se realizan notificaciones de eventos de interes en salud pública realizadas por profesional	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.	SI	23 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la segundad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de analisis e implementación.
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos . Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	Cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	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	Cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas MARZO de 2018	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $1,613,395 UN MILLON SEICIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVEINTA Y CINCO PESOS

SEBASTIAN ANDRES TAFUR MUÑOZ
C.C 1,015,425,259 BOGOTA

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.

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 1015425259		TAFUR MUÑOZ SEBASTIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 152B 58 49 Casa 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4615269	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	1000000381	8477378783	I	2018/03/14	2018/03/15	BANCO BOGOTA	1	$246,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$781,242**	**$4,700**			**$781,242**	**$19,100**		**$781,242**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$4,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$4,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
1	CC	1015425259	TAFUR SEBASTIAN	230301	30	$781,242	$125,000	EPS044	30	$781,242	$97,700	CCF22	30	$781,242	$4,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total	**Afiliados(1)**					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$4,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

PAGADO

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 1015425259		TAFUR MUÑOZ SEBASTIAN ANDRES	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 152B 58 49 Casa 85	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4615269	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	1000000381	8477378783	I	2018/03/14	2018/03/15	BANCO BOGOTA	1	$246,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$100	$0	$125,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$100	$0	$125,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$100	$0	$19,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,700	$100	$0	$4,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$4,700	$100	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$100	$0	$97,800
MEDIMAS EPS	EPS044	901,097,473	5	1	$97,700	$100	$0	$97,800
TOTAL				**1**	**$246,500**	**$400**	**$0**	**$246,900**

PAGADO