

6038-6257

 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 TESORERÍA		Versión	1	 ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Bogotá, Colombia E.S.E.
			Fecha de aprobación	09/11/2016	
			Código:	15-12-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JOSE MARIA HOSTOS TAMAYO								
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		74323451			
CORREO ELECTRONICO:				jhostostam@gmail.com			CELULAR:		3125326580			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				FO 05								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				FONTIBON			SEDE:		PAPS 48			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K12	37%	K23	16%	K13	15%	K14	12%	K16	15%	K19	5%
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				66 8026 2398						PENSIONADO		No

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0801 - 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		pago 1 de 2	
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8473	FECHA	31/01/2018
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios de apoyo 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	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.613.395							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%		\$0			

OBSERVACIONES:

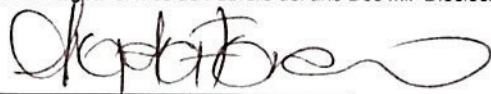
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.226.790
VALOR EJECUTADO	\$1.613.395
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.613.395
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.613.395
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

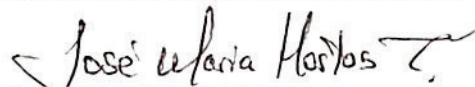
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
5238284126	\$ 781242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685

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



Angela Maria Forero
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



JOSE MARIA HOSTOS TAMAYO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Elm
20.02.18

BOGOTA FEBRERO

2018

CUENTA DE COBRO

1

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

JOSE MARIA HOSTOS TAMAYO

CC. N°

74323451

Paipa

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0801 - 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

30 DIAS

TOTAL COBRO: UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

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 66 8026 2398
DEL BANCO: DAVIVIENDA.

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	\$ -
K12	37%	\$ 596.956,15
K23	16%	\$ 258.143,20
K13	15%	\$ 242.009,25
K14	12%	\$ 193.607,70
K16	15%	\$ 242.009,25
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	5%	\$ 80.669,75
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
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 (\$44,603,000)		X

CORDIALMENTE,


JOSE MARIA HOSTOS TAMAYO

CC. N° 74323451 Paipa

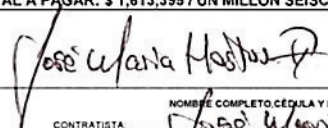
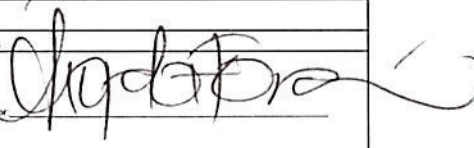
TELEFONO CELULAR No 3125326580

email: jhostostam@gmail.com

	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						
No. DE CONTRATO:	8801 - 2018	Periodo certificado desde el	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	2	2018
Día	Mes	Año							
1	2	2018							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE MARIA HOSTOS TAMAYO	C. C.	74.323.451 DE PAIPA						
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.									

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Específicos 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	15 Planes Familiares Formulados 15 Planes Familiares Implementados 22 Cierres de procesos familias 01 Reuniones de Equipo Espacio Vivienda	Cartas de compromiso Formato de Caracterización Social y Ambiental Actas de Reunión de Análisis y Cartografía Matriz de Unidad de Análisis e Implementación 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	No se ha realizado 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	0 Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional	Matriz de unidad de análisis 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	0 notificación de eventos de interés en salud pública realizadas por el profesional	Formato de notificación comunitaria o de interés 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	80 Numero familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.	Matriz de unidad de análisis 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 preauditorías del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorías 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 caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación 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 asumirá el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterización social y ambiental actas de reunión de análisis y cartografía matriz de unidad de análisis e implementación 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 transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. 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 técnicas programadas (reunión territorial del equipo espacio vivienda)	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:	
TOTAL A PAGAR: \$ 1.613.395 / UN MILLON SEISCIENTOS TRECEMIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/C.TE.	
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  74323451	Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor: 

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	74323451
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JOSE MARIA HOSTOS TAMAYO		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 30C SUR 6 - 53	TELÉFONO:	7028071
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):	NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	5238284126		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2018	SALUD:	AÑO:	2018
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/02/06		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	38284126	

LIQUIDACIÓN GENERAL						
					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 125.000
SUBTOTAL:					1	\$ 125.000
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
901097473	EPS044	EPS044-MEDIMÁS			1	\$ 97.700
SUBTOTAL:					1	\$ 97.700
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA			1	\$ 19.100
SUBTOTAL:					1	\$ 19.100

TOTAL PAGADO:	\$ 241.800
----------------------	-------------------