6038/7789 OK

51

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	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHONATAN CAMILO VILLA PABON											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1090476129						
CORREO ELECTRONICO:	JHONATANCAMILOP@GMAIL.COM				CELULAR:	3143028397						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	FO09						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K10	0%	K12	0%	K23	0%	K13	0%	K14	0%	K16	0%
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007500897256								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0258-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8972	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO DIGITADOR, 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	03	2018		30	03	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.232.426									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0					
OBSERVACIONES: NINGUNA										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.464.852
VALOR EJECUTADO	$2.464.852
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$1.232.426**
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7684977217	$781.242,00	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

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

JESUS ANDRES BRAVO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JHONATAN CAMILO VILLA PABON
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. MARZO 2018

CUENTA DE COBRO 2 DE 2

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

JHONATAN CAMILO VILLA PABON
CC. N° **1.090.476.129** de Cucuta

Por concepto de servicios prestados durante el mes de marzo de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0258-2018 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 DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VENTISEIS

TOTAL: $ 1.232.426

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 007500897256
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	100%	$ 1.232.426
K09	0%	$ -
TOTAL	**100%**	**$ 1.232.426**

	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 ($44.603.000.00)		X

CORDIALMENTE,

JHONATAN CAMILO VILLA PABON
cc # **1.090.476.129** jhonatancamilop@gmail.com
TELEFONO CELULAR No. 3143028397

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA - GOBERNANZA		**Sede: FONTIBON**							
No. DE CONTRATO:	0258-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2018		30	3	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JHONATAN CAMILO VILLA PABON		**C. C.**	1 090 476 129			**DE**	CUCUTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista JHONATAN CAMILO VILLA PABON y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Digitador de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar actividades de digitación del componente y demas registros de los software de salud publica de acuerdo a los estándares	SI	1. Reunión GESI 07/03/2018 2. Reunion Gobernanza 16/03/2018	1. Reunión de Gobernanza se socializa los cambios de los diferentes Espacios y la implementación de políticas para Gobernanza 2. Reunión GESI se revisan lineamientos , se realiza asistencia técnica e inducción a nuevas aplicaciones si se requiere * Medio físico Acta
Digitacion permanente de la información consiganada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético	SI	1. Activaciones de ruta 19 2. espacio educativo Sesiones colectivas 2029 3. Espacio vivienda caracterizacion 23 monitoreo 35 , individuos 36, fechas de sesiones 128 4. espacio educativo Pre y Pos Test 378 Monitoreo de riesgo seguimientos 121 5 espacio educativo Higiene de manos 251	Se hace entrega al técnico de sistemas en medio magnético de las bases Activación de rutas Vivienda caracterización, Salud oral y Pautas de crianza, utrs, sesiones colectivas y monitore de riesgo se hace entrega en medio magnetico las bases mencionadas
Apoyar la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa	SI	1. Activaciones de ruta 19 2. espacio educativo Sesiones colectivas 2029 3. Espacio vivienda caracterizacion 23 monitoreo 35 , individuos 36, fechas de sesiones 128 4. espacio educativo Pre y Pos Test 378 Monitoreo de riesgo seguimientos 121 5 espacio educativo Higiene de manos 251	se realiza el apoyo de la digitacion de base de datos segun la necesidad de los espacios de vivienda, laboral, educativo y publico
Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos	SI	Productos entregados con calidad segun requerimientos de SDS y coordinacion de subred sur occidente	Medio Magnético , medio Fisico y Base de datos
Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información	SI	Se recibien y aplican las orientaciones dadas por la Tecnico	Se reciben diariamente las orientaciones de técnico de sistemas para el ingreso de las diferentes aplicaciones
Suministrar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega	SI	Se suministra la informacion para la respectiva verificacion	Las bases se encuentran en medio magnético segun se requieran
Apoyar al técnico de sistemas en el cruce entre los datos de las canalizaciones con las diferentes bases de datos existentes en la ESE	SI	Se realiza a diario el diligenciamiento de la bitacora compartida por el drive con las actividades realizadas a diario	Medio Magnético cada digitador alimenta la Bitacora con los registros ingresados de las bases de datos Barras futboleras , Monitoreo del riesgo , Vivienda caracterizacion - salud oral - pautas de crianza , Cuidate y sé feliz
Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias de talento humano dados por la institución y la secretaria distrital de salud	SI	Fortalecimiento y retroalimentacion del proceso equipo de gobernanza	medio fisico acta de la reunion y listado de asistencia
Verificar junto con el técnico de sistemas los errores de estructura de los datos(calidad del dato) en conjunto con el coordinador de gestión de políticas y programas teniendo en cuenta que la revision de la calidad es un proceso periodico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la información registrada en el aplicativo	SI	1. Se informo al técnico y tecnólogo inconvenientes en cuanto a la calidad del dato en los formatos 2. Se corrigieron los errores de calidad en la digitación encontrados en el control de calidad por la Técnico de Sistemas	En medio magnético se le informa al técnico y/o tecnólogo de sistemas los hallazgoz encontrados en los diferentes formatos en donde se ingresa los datos
Consolidar los resultados de sus actividades segun los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido	SI	Durante el mes de MARZO no fue programada para esta actividad	NO APLICA

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (1.232.426) UN MILLON DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS VEINTISEIS pesos. M/cte.

Jhonatan Villa Pabon
NOMBRE COMPLETO LEGIBLE Y FIRMA DEL CONTRATISTA 1090476129

Fecha, nombre/sello Firma de recibido supervisor

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACION APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1090476129
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	JHONATAN CAMILO VILLA PABON VILLA PABON VILLA PABON		
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	KRA 79 # 10D -59	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades combinadas de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7684977217**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2018	SALUD:	AÑO: 2018		
DÍAS DE MORA:	7				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2018/03/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	322058707		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 125.700
SUBTOTAL:			1	**$ 125.700**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
805000427	EPS016	EPS016-COOMEVA S.A.	1	$ 98.300
SUBTOTAL:			1	**$ 98.300**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800256161	14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1	$ 19.300
SUBTOTAL:			1	**$ 19.300**

TOTAL PAGADO:	**$ 243.300**