	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

6253

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	85160481							
CORREO ELECTRONICO:	jajilopez@hotmail.com				CELULAR:	3125084479							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON FO 09												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PÚBLICA				SEDE:	Fontibon							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K109	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8870266064								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0710 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			1 de 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018		NÚMERO DE CRP	8382	FECHA	31/01/018			
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			
		01	2	2018		28	2	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655										
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%	$0								

OBSERVACIONES: NINGUNA

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$6.141.310
VALOR EJECUTADO	$3.070.655
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$3.070.655**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.070.655
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8669814882	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

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

JESUS ANDRES BRAVO ROJAS
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA, D.C. Febrero 2018

CUENTA DE COBRO 1

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

JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ
CC. N° **85160481** **de Guamal magdalena**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de **febrero** de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0710 - 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: **tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos m/l**

TOTAL: $ 3.070.655

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 **008870266064**
DEL BANCO: del Banco DAVIVIENDA

CECO	% CECO	VALOR POR CECO
K402	0%	$ -
K609	0%	$ -
W509	0%	$ -
K709	0%	$ -
K809	0%	$ -
KI9	0%	
k109	100%	$ 3.070.655
K109	0%	$ -
V909	0%	$ -
K109	0%	$ -
K308	0%	$ -
TOTAL	**100%**	**$ 3.070.655**

	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,

JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ
CC # **85160481**
jajilopez@hotmail.com
TELEFONO CELULAR No. **3125084479**

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobació	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA					**Sede: SUR**				
No. DE CONTRATO:	0710 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	2	2.018		28	2	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ		**C. C.**		85.160.481		DE	Guamal- Magd	

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

si x

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Identificar y consolidar las problemáticas, prioridades y asuntos relevantes, relacionadas con la Política de salud oral generando propuestas para posicionarlas en los escenarios locales de decisión y en los espacios institucionales de la ESE	si x	Se realizo participación en el posicionamiento de la Política Pública de salud Oral y fortalecimiento técnico en comedor Centauros, potrentos y manzanares de bosa y a beneficiarios del bono tipo c. Se participa en Colia de Bosa , Kennedy y puente aranda. Concejo Red de buen trato de Puente Aranda, Kennedy, Bosa Y fontibón. Se realiza posicionamiento de la política y acuerdo en mesa de desarrollo comunitario de bosa. Se realiza reunion en subdirección de integración social a nivel central para llevar propuestas que contribuyan a mejorar altos indices de enfermedades orales en la población.	Actas y listado de asistencia
2. Participar en la construcción, ajuste, implementación, monitoreo y seguimiento a la política pública de Política de salud oral, integrando los compromisos institucionales, locales y sectoriales adquiridos en el marco de los ejes de la política y en lo que compete de acuerdo con la dinámica local e institucional.	si x	Agenda Local de salud oral	Matriz.Acta y listado de asistencia
3. Desarrollar jornadas o encuentros de asistencia técnica para la apropiación conceptual y metodológica por parte de los referentes de equipos operativos, para orientar los enfoques y alcances de las acciones en el marco del plan de gestión concertado con los equipos técnicos.	si x	Se realizó reunión de grupo funcional de infancia, reunión de Gobernanza y Políticas.	Actas y listado de asistencia
4. Aportar al análisis de situación en salud por etapa de ciclo vital a nivel intersectorial que guarde armonía con el plan de análisis del equipo ASIS. Debe incluir el análisis del componente de Política de salud oral, dentro del Plan de salud de intervenciones colectivas.	si x	Se realiza reunión con ASIS para aportes al plan de analisis	Actas y listado de asistencia
5. Realizar procesos de monitoreo y seguimiento a las acciones propias de la política de Política de salud oral, por medio de seguimiento a indicadores trazadores en salud, seguimiento al cumplimiento de las metas distritales de salud e indicadores institucionales, entre otros.	si x	Realización de Matriz 1186	Matriz.
6. Aportar a la construcción e implementación de rutas de atención en salud que vinculen las dimensiones sectorial y transectorial, en busca de optimizar la respuesta a las necesidades de los usuarios como individuo, familia y comunidad.	no	no hay activación de rutas	na
7. Coordinar o apoyar las jornadas, campañas y demás actividades de visibilización de la política pública o del tema de Política de salud oral en las localidades y el distrito.	no	no se programa	na
8. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la ESE y la Secretaria Distrital de salud.	si x	Se participa en grupo funcional de infancia y en cove distrital.	Actas.
9. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaria Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de salud de intervenciones colectivas.	si x	Se realiza de manera permanente	Actas.
10. Desarrollar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos, informes y productos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	si x	Se realiza de manera permanente	Actas.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Tres millones setenta mil seiscientos cincuenta y cinco pesos pesos. M/L $ 3.070.655,00

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA_____JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ C.C. 85.160.481

Fecha : 28/2/2018 Firma de recibido supervisor

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

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	JIMENEZ LOPEZ JAVIER ALONSO
IDENTIFICACION:	CC-85160481
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-02-14
FECHA LIMITE DE PAGO:	2018-02-19
FECHA DE PAGO:	2018-02-05
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-02
PERIODO SALUD:	2018-02
NUMERO PLANILLA:	8669814882
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8614470391
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-28	800256161	ARL SURA	1	$ 0	$ 31.700	$ 31.700
		Total a pagar		$ 0	$ 402.200	$ 402.200

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	20/03/2018