	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

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	%
	K25	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			3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	699	FECHA	23/03/2018	NÚMERO DE CRP	18706	FECHA	28/03/2018			
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	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		01	4	2018		30	4	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:	$9.211.965
VALOR EJECUTADO	$9.211.965
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$3.070.655**
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
8665077685	$1.228.262,00	$153.533	$196.522	3	$29.920	**$379.975**

Dado en Bogotá mes de abril 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. ABRIL 2018

CUENTA DE COBRO 3

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 **ABRIL** 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%	
K25	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**

Versión	2		
Fecha de aprobación	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	4	2 018		30	4	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 fortalecimiento técnico en comedor porvenir, san bernardino, bosa nova y dos grupos de usuario de creciendo en familia de Bosa. Igualmente en comedores flandes , prados de alameda, padres de famila de centro amar y funcionarios de el proyecto creciendo en familia de fontibon En puenta aranda a funcionarias de creciendo en familia. En kennedy a cutro grupos (60 personas) deusuarias gestando futuro. Se participa en Colia de Kennedy , puente aranda y fontibon. comité de familia de puente aranda. Concejo Red de buen trato de Kennedy , puente aranda y fontibon . Se realiza fortalecimiento técnico a docentes en puente aranda.Se realizan acuerdos en sldis fontibon y puente aranda y creciendo en familia de bosa y proyecto gestando futuro en kennedy-	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	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 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 planeacion de actividades en grupo técnico de salud oral.	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.	si x	se apoya jornada de dia del niño y se participa en la coordinación de la jornada de salud oral y en la planeación de jornada de buen trato	Actas y listado de asistencia
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 lanzamiento de la politica de famila en SDS.	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,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA_____JAVIER ALONSO JIMENEZ LOPEZ C.C. 85.160.481_____

Fecha 30/04/2018 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:	JAVIER ALONSO JIMENEZ
IDENTIFICACION:	CC-85160481
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2018-04-11
FECHA DE PAGO:	2018-04-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2018-04
PERIODO SALUD:	2018-04
NUMERO PLANILLA:	8665077685
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