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 BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**FERNEY MEJIA**						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	**80.006.683**	
CORREO ELECTRONICO:	evil_trone@hotmail.com				CELULAR:	**3197375339**	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	PA27						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	PAPS CABAÑAS	

CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K27	100%										

ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL			TIPO DE CUENTA:	Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**24063649806**				PENSIONADO	No	

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**0901-2018**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**PAGO 12 DE 12**		
NÚMERO DE CDP	**2121 - 27**	FECHA	**27/12/2018 - 10/01/2019**	NÚMERO DE CRP	**51496 - 8261**	FECHA	**28/12/2018 - 15/01/2019**		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos dentro de la SUBRED INEGRADA 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	1	2019		31	1	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.613.395							
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 0%			$0			

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.360.740
VALOR EJECUTADO	$19.360.740
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 <u>minimo</u> 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8487640535	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.100	$241.754

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

FERNEY MEJIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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:	PIC -ESPACIO VIVIENDA					Sede: SU 40					
No. DE CONTRATO:	0901-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	1	2019		31	1	2019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	FERNEY MEJIA		C. C.	80.006.683			DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos dentro de la SUBRED INEGRADA 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 _X__ 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	Realizar 9 caracterizaciones en familias ubicadas en la localidad de bosa, realizar seguimientos y cierres	formato de caracterizacion social y ambiental, matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma
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	0 Cero, no se encontraron casos para realizar activacion de ruta correspondientes a menores de 5 años este mes	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 Cero, no se encontraron casos para realizar 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	0 Cero, no se encontraron casos para realizar notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el 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	HCB intervenidos por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a a la seguridad 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, correspondientes los HCB correspondientes del mes de septiembre. Revision de septiembre Se realizaron ajustes correspondientes de acuerdo a solicitudes realizadas por profesional de apoyo.	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.	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	asistencia tecnica programada, Participación en reunión equipo	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR :1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/CTE

cc 80.006.683

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

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 80006683		MEJIA GONZALEZ FERNEY ADOLFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 11 B bis A #78- 23 int. 8 apto.103	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4820296	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	402598473	8487640535	I	2019/01/22	2019/01/10	BANCO CAJA SOCIAL	0	$241,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	80006683	MEJIA GONZALEZ FERNEY ADOLFO	230301	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700		0	$0	$0	14-28	30	$781,242	$19,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$0**	**$0**			**$781,242**	**$19,100**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$125,000	$0	$0	$125,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$0	$0	$19,100
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$0	$0	$19,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$0	$0	$97,700
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$0	$0	$97,700
TOTAL				**1**	**$241,800**	**$0**	**$0**	**$241,800**

PAGADO

2019/01/09 07:51 PM