| 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: | 1.090.476.129 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jhonatancamilop@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143028397 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | F009 PIC FONTIBON | | | | | | | | | | | |
| | 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 | % |
| | F009K28 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA: | 550007500897256 | | | | | | | | PENSIONADO: | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4696-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 DE 3 | | | |
| NÚMERO DE CDP: | 332 | FECHA: | 28/02/2019 | NÚMERO DE CRP: | 17510 | FECHA: | 05/03/2019 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo 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 | | |
| | | 5 | 03 | 2019 | | 31 | 3 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.306.371 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS: | PIC | RESERVA DE GLOSA 0% | | | $0 | | | | | |
| OBSERVACIONES: NINGUNA | | | | | | | | | | |

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $2.612.742 |
| VALOR EJECUTADO: | $1.175.733 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.175.733 |
| VALOR A LIBERAR: | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR: | $1.437.009 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 45% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.070.290, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7712451441 | $828.116,00 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | **$256.300** |

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

**SANDRA RODRIGUEZ BELTRAN**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**JHONATAN CAMILO VILLA PABON**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | SALUD PUBLICA | | | | | | | | | | Sede: FONTIBON | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4696-2019 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | | | |
| | | | 5 | 3 | 2019 | | 31 | 3 | 2019 | | | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JHONATAN CAMILO VILLA PABON | | C. C. | 1.090.476.129 | | DE | CUCUTA | | | | | | |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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.

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar actividades de digitación del componente y demas registros de los software de salud pública de acuerdo a los estándares | SI | 1. Reunión gesi no se programa para este mes | |
| Digitación permanente de la información consiganada en todos los formatos de gestión territorial que requieran ser ingresados a medio magnético | SI | FORMATO 1A : 347<br>INDIVIDUOS : 1263<br>FORMATO 2 : 531<br>CANALIZACION : 168<br>SEGUIMIENTOS : 124 | Se hace entrega al técnico de sisitemas en medio magnético de las bases : Activación de rutas Vivienda: caracterización, Salud oral y Pautas de crianza, utis, sesiones colectivas y monitore de riesgo se hace entrega en medio magnetico las bases mencionadas |
| Digitacion base de datos GESI | SI | | SI |
| Apoyar la digitación de bases de datos del programa salud urbana y las demás que se deriven de los equipos del programa | SI | 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 politicas y programas teniendo en cuenta que la revision de la calidad es un proceso periódico y sistemático, que debe ser documentado ya que se constituye el soporte principal de la validez de la informacion registrada en el aplicativo | SI |
| Efectuar procesos de control de calidad de los contenidos de las fichas y formatos | NO | | |
| Recibir y aplicar las orientaciones del técnico de sistemas a través del supervisor y establecer los mecanismos para información | SI | 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 |
| Suministar los datos y la información de las bases de datos en el archivo plano cuando sean requeridos previa verificación para entrega | SI | | |
| Consolidar los resultados de sus actividades según los instrumentos de seguimiento que se hayan establecido | SI | | |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras) $1.175.733 (UN MILLON CIENTO SETENTA Y CINCO MIL SETESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/CTE)

JHONATAN CAMILO VILLA PABON
C.C. 1090476129 DE CUCUTA

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.

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN 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: | **7712451441** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2019 | SALUD: | AÑO: | 2019 |
| DÍAS DE MORA: | | 4 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2019/03/12 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 423455247 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 132.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 132.900** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805000427 | EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | $ 104.000 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 104.000** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 20.300 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 20.300** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 257.200** |