

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión 1
Fecha de aprobación 9/11/16
Código: 15-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANDRÉS PACHÓN LOZANO											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		79714020						
CORREO ELECTRONICO:		apachonl@gmail.com					CELULAR:		3176811873				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							FO09						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		FONTIBON			
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K23	100%											
ENTIDAD FINANCIERA		BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
Cuenta Bancaria		570001970130504							PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
CONTRATO Y VIGENCIA:		3620-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/18		NÚMERO DE CRP		12058		FECHA	15/02/18			
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistenciales en el área 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	
					1	3	2018			30	3	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$3.070.655								
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$4.503.627					
VALOR EJECUTADO								\$4.503.627					
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 <u>mínimo</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 mínimo legal vigente.													
Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
26220881	\$1.228.262	\$153.600		\$196.600		3	\$30.000	\$380.200					
Dado en Bogotá en el mes de marzo del año Dos mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 ÁNGELA MARÍA FORERO RODRÍGUEZ NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 ANDRÉS PACHÓN LOZANO NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

BOGOTA MARZO

2018

CUENTA DE COBRO

2

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

NIT 900.959.048-4

DEBE A

ANDRÉS PACHÓN LOZANO

CC. N°

79714020

BOGOTÁ

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Marzo de 2018 según contrato de prestación de servicios No 3620-2018 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/C

TOTAL: \$ 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

A consignar el valor correspondiente

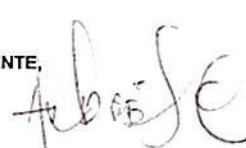
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 0570001970130504

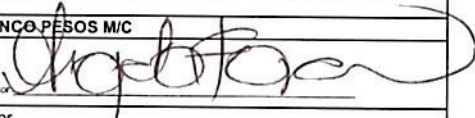
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTA JE %	VALOR
K10	0%	\$ -
K12	0%	\$ -
k23	100%	\$ 3.070.655
K13	0%	\$ -
K14	0%	\$ -
K16	0%	\$ -
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	0%	\$ -
K09	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,


ANDRÉS PACHÓN LOZANOCC. N° 79714020 de Bogotá email: apachonl@gmail.com
TELEFONO CELULAR No 3176811873

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				Versión 2		Fecha de aprobación 28/02/18		Código 04-02-FO-0003		 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.	
Ubicación del Servicio:		PIC - FO09		Sede: Fontibon							
No. DE CONTRATO:		3620-2018		Periodo certificado desde el		Día 1		Mes 3		Año 2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ANDRÉS PACHÓN LOZANO		C. C.		79.714.020		DE		BOGOTÁ	
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 NO											
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGR MADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS				
1. Diseñar y aportar en la construcción del documento poblacional de la Secretaría Distrital de Salud.		SI	Preparación y realización del taller de co-creación para la construcción del documento poblacional de la Secretaría Distrital de Salud				Acta de reunión Metodología del taller				
2. Participar en las reuniones concertadas de planificación y seguimiento con el equipo técnico de víctimas de la Subred y de la SDS, según se defina.		SI	Reunión con la Coordinadora del PAPSIVI para discutir temas administrativos y hacer seguimiento de los entregables.				Acta de reunión				
3. Realizar el diseño del documento poblacional, según los criterios definidos por la SDS.		NO	No aplica para el mes certificado				No aplica para el mes certificado				
4. Realizar el diseño de las herramientas pedagógicas, según los criterios definidos por la SDS.		SI	Realización de dos sesiones de los taller de co-construcción para el diseño de las herramientas pedagógicas. Diseño de prototipos.				Acta de las reuniones Metodología del taller 3 prototipos diseñados				
5. Aportar en la construcción de una estrategia de comunicación interna y externa.		SI	Definición del concepto de la campaña y línea gráfica				Documento de línea gráfica				
6. Realizar la socialización del documento poblacional de acuerdo a lo definido en la estrategia de comunicación interna.		NO	No aplica para el mes certificado				No aplica para el mes certificado				
7. Otras que a juicio de la Coordinación del proyecto se requieran de acuerdo con las dinámicas del trabajo interdisciplinario y la naturaleza del objeto contractual.		NO	No aplica para el mes certificado				No aplica para el mes certificado				
OBSERVACIONES:											
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/C											
NOMBRE Y CC CONTRATISTA: ANDRÉS PACHÓN LOZANO CC. 79714020				Fecha : 28/02/2018 Firma de recibido supervisor: 							
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.											

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	76714020	ANDRÉS PACHON LOZANO		CALLE 408 SUR # 7B-15	4540573	APACHON@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL		DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D. C.	
						EXOTERNAO, PAÍSO PARA REGALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/ANO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DEFERENTE A SALUD					
MEB	AÑO	MEB	AÑO				
3	2018	3	2018	1	13/03/2018	26220481	\$362.400

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALDO			
Código EPS	Nombre	NT	Contribución Obligatoria
EPS017	Familiar EPS	830003504-7	153.000

LUPO Adicional	Incorporated dates		Licencia Matrimonial		Debit Morte	Valor above Contaduran	Valor Morte UPC	Total in Pagar	No. Atillados
	No. Autorizacion	Valor	No. Autorizacion	Valor					
0	0	0	0	0	7	900	0	154,500	1

TOTAL \$9 PENSION

Código	Nombre	Net	Código
25-14			2004-7

Agencia Voluntaria Alfabeto	Agencia Voluntaria Apararita	Agencia FSP Solidaridad	Agencia FSP Subsistencia	Cine More	Water More Colectividad	Water More FSP	Total a Pagar	No. Atendidos
198.000	0	0	0	7	1.100	0	197.700	1

TOTALES RIESGOS CANOHALES

Codigos AFIL	Nombre	RT	Contribución Obligatoria	No. Afectados
14-28	AFIP-Guía	80-85	30 000	

Inscripciones	Hablado	Votado	Aperturas Otras Sustancias	Veloz Neto Confirmación	Días Norma	Veloz Mens Confirmación	Subtotal Confirmación	No. Reducidos Salida a Favor	Veloz Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Totales y Pagos	No. Atletas
				3,000	7	200	3,200			300	30,200	1

TOTALS CASH 9

Código COF	Nombre
------------	--------

NT	Valor Aporte	Otra Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Abierta	Días Mora	Valor Mora Abierta	Total a Pagar	No. Asignado
0	0	0	0	0
SEIA				
0	0	0	0	0
ISAP				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
SEIN				

TOTALES POR SUBSISTEMA		
Tipo Administrativa	No. Administradores Proporcionales	(Salvo arriba de IQE, LMA, RP y More)
Salud	1	153.600
Pensión	1	108.600
Riesgos Laborales	1	30.200
CPE	0	0
ESAP	0	0
ICSE	0	0
MCM	0	0
SEMA	0	0
TOTALS	3	302.400

DATOS DEL APORTANTE									EXPERIADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO		CORREO		
		NOMBRE PATRIARCAL	NOMBRE FAMILIAR		CÓDIGO	CIUDAD / MUNICIPIO			
CC	79714020	ANDRÉS	PACHON LOZANO	15	CALLE 40B SUR # 75-	454-0573	APACHONL@GMAIL.COM	NO	
FORMA PRESENTACIÓN					DEPARTAMENTO				
ÚNICA	I – Independiente				BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D. C.	NO	

DATOS DE LA PLANILLA					TOTAL A PAGAR
PERIODO DOTACIÓN			TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	
SALUD		DEFERENTE A SALUD			
MES	AÑO	MES	AÑO		
3	2016	3	2018	1	13/03/2018
					29220381
					5392 400

[illegible]

PARADISE