7344.

Secretaría de Salud 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
		Fecha de aprobación	9/11/16
		Código:	15-02-FO-0002
		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	71279430							
CORREO ELECTRONICO:	jclis@hotmail.com				CELULAR:	3163026013							
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							
DE CUENTA BANCARIA	001970110142								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
CONTRATO Y VIGENCIA:	3622-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 2				
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/18	NÚMERO DE CRP	12088	FECHA	15/02/18			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestion administrativay/o asistenciales en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientosde 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 **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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
26230646	$1.800.000	$225.000	$288.000	3	$43.900	$556.900

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:

JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Mar 21/18

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	28/02/18
		Código:	84-02-FO-0003
			ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PIC - FO09				Sede: Fontibon						
No. DE CONTRATO:	3622-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.018		30	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ		**C. C.**		71.279.430		**DE**	ITAGÜÍ	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion 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	PROGRAMADO	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 recuniones concertadas de planificación y seguimiento con el equipo técnico de victimas 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 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. Consolidación del concepto y escritura de los contenidos de tres piezas diseñadas en el taller. Realización proyección presupuestal de las piezas pedagógicas. Plan de trabajo de realización de las piezas pedagógicas. Encuentro con los responsables de las piezas pedagógicas.	Acta de las reuniones. Documento metodología del taller. Primera entrega piezas pedagógicas conceptualizadas y redactadas. Documento proyeccion presupuesto de las piezas pedagogicas. Documento plan de trabajo de las herramientas pedagogicas. Acta de reunión de los encuentros con los responsables de las piezas pedagógicas.
5. Aportar en la construcción de una estrategia de comunicación interna y externa.	SI	Realización del concepto inicial que definirá la campaña que hará parte de la estrategia de comunicación interna y externa. Escritura de la estategia de comunicación interna y externa que incluye la proyección presupuestal.	Documento con el concepto de campaña. Documento con la estrategia de comunicaciones y su proyección presupuestal.
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 interdisiplinario 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: JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ CC. 71279430

Fecha : 31/03/2018 Firma de recibido supervisor:

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

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

JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ
CC. N° 71279430 ITAGÜÍ

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Marzo de 2018 según contrato de prestación de servicios No 3622-2018 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 001970110142
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	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,

JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ
CC. N° 71279430 de ITAGÜÍ email: jclis@hotmail.com
TELÉFONO CELULAR No 3163026013

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	71279430	JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ	Cra 5 # 6b - 50	2330373	jcls@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD/ MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	12/03/2018	26230646	$556.900

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	225.000	0		0		0	0	0	0	225.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224508-8	288.000	0	0	0	0	0	0		288.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	830011453-6	43.900				43.900	0	0	43.900			439	43.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.000	225.000
Pensión	1	288.000	288.000
Riesgos Laborales	1	43.900	43.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	556.900	556.900

PAGADA
26230646

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	71279430	JUAN CAMILO ACOSTA GOMEZ		Cra 5 # 6b - 50	2330373	jcls@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
3	2018	3	2018	I	12/03/2018	26230646	$556.900

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						SALUD			PERIODOS LABORALES			CCF				PARAFISCALES				
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Cotizante Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	Días Cotizados	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
71279430	ACOSTA GOMEZ JUAN CAMILO	57	0			N														30	230301	1.600.000	288.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	225.000	14-23	1.600.000	3	43.900		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información