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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

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 COSTO	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	K27	100%										
ENTIDAD FINANCIERA	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
TIPO 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		4 DE 4	
NÚMERO DE CDP	804	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	22743	FECHA	30/04/2018
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar serviciones prtofesionales 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	5	2018		30	5	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:	$10.644.937
VALOR EJECUTADO	$10.644.937
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
27583278	$1.800.000	$225.000	$288.000	3	$43.900	**$556.900**

Dado en Bogotá en el mes de mayo 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

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	28/02/2018
Código:	04-02-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	5	2.018		30	5	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JUAN CAMILO ACOSTA GÓMEZ		**C. C.**		71.279.430		**DE**	ITAGUÍ		

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.	SÍ	Participación en las reuniones de diseño y construcción del documento poblacional.	Actas de reunión.
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.	SÍ	Reuniones con la Coordinadora del PAPSIVI y las referentes poblacionales para discutir temas estratégicos, administrativos y hacer seguimiento de los entregables.	Actas 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.	SÍ	Revisión y ajustes finales de piezas pedagógicas PAPSIVI: bolsa, carpeta, afiche, campaña, quitapenas y certificado. Edición final de textos y audios de testimoniales para pieza pedagógica exposición. Ejercicio colaborativo con profesionales sociales PAPSIVI para la construcción de nuevas piezas pedagógicas. Realización de concepto y escritura de textos de nuevas herramientas pedagógicas en los temas de: derechos humanos, resolución de conflictos, comprensión de contexto y realidad, autocuidado, manejo de emociones, proyecto de vida.	Documento Pdf. Documento Pdf. con textos y archivo MP3 con audios. Acta de reunión. Documento Pdf.
5. Aportar en la construcción de una estrategia de comunicación interna y externa.	SÍ	Finalización de concepto, realización de textos, acompañamiento a la toma de fotografías y revisión de la pieza principal de sensibilización, desarrollada en formato de módulo expositivo. Presentación y aprobación del concepto del módulo expositivo.	Documento Pdf. Acta de reunión
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	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 GÓMEZ CC 71279430

Fecha : 16/05/2018 Firma de recibido supervisor

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

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	jclis@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				
5	2018	5	2018	I	16/05/2018	27583278	$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	800224808-8	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	860011153-6	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

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