100778

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	11/9/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE OSCAR RAMOS RIVERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,031,147,194						
CORREO ELECTRONICO:	oscarramos527@gmail.com				CELULAR:	3213927013						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SEDE ADMINISTRATIVA											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DIRECCION DE CONTRATACIÓN				SEDE ASDINGO							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37 R-31	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	057045187012444 8								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4178-2020							1 DE 3		
NÚMERO DE CDP	27	FECHA	1/8/2020	NÚMERO DE CRP	16479	FECHA	2/17/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación 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		
		17	02	2020		27	2	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,021,422									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
27										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$4,918,794
VALOR EJECUTADO	$673,807
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$673,807
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,244,987
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	14%

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 $2,124,507 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

Dado en Bogotá mes de abril del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MONICA E. GONZALEZ MONTES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Andres

JOSE OSCAR RAMOS RIVERA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	4/2/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN								
			Sede: Administrativa Principal ASDINGO						
No. DE CONTRATO:	4178-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			17	2	2,020		27	2	2,020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSE OSCAR RAMOS RIVERA		C. C.		1,031,147,194	DE	BOGOTA D.C		

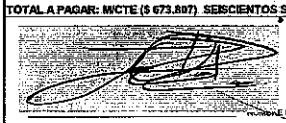
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X_ NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Elaborar los informes establecidos para el area tanto internos como externos cumpliendo con los tiempos y terminos legales. **2.** Responder a todas las necesidades de informacion de la institucion dentro de los terminos legales **3.** Dar respuestas a peticiones escritas tanto internas como externas que involucren informacion de la direccion de contrtacion del talento humano. **4.** Mantener actualizada la informacion del talento humano para responder a las necesidades institucionales **5.** Manejar con discrecion la informacion de la direccion de contratacion. **6.** Manejo y conocimiento en el aplicativo SECOPII, a fin de prestar apoyo administrativo en el diligenciamiento de la informacion precontractual en contratos de Bienes y Servicios **7.** Atencion y guia en el aplicativo del SECOPII tanto al usuario interno como externo **8.** Recibir, clasificar, archivar y controlar los documentos que le sean asignados **9.** Realizar los informes que sean requeridos en la Direccion de Contratacion **10.** Realizar seguimiento en la plataforma electronica de los contratos publicados **11.** Notificar a los proveedores y contratistas de los actos administrativos que se surten en la direccion de contratacion.	SI	Se da cumplimeinto de las obligaciones contractuales tales como elaboracion y proyeccion de escritos jurídicos, dentor de los cuales se encuentran Contratos, Adiciones, Prorrogas,	Se da cumplimeinto de las obligaciones contractuales tales como elaboracion de informes establecidos para el area tanto internos como externos,Responder a todas las necesidades de informacion de la institucion dentro de los terminos legales, Atencion y guia en el aplicativo del SECOPII tanto al usuario interno como externo a los siguiente contratos: 34-2020 QUINBERLAB SA; 51-2020 INTERNATIONAL TELEMEDICAL SYSTEMS COLOMBIA SAS; 52-2020 DIVERSAS BASES SAS; 53-2020 UNIPAR ALQUILERES DE COMPUTADORES SA; 54-2020 SERVISION DE COLOMBIA Y CIA LTDA; 3951-2020 CENTRO MEDICO Y OFTAMOLOGICO Y LABORATORIO CLINICO ANDRADE NARVAEZ SOCIEDAD POR ACCIONES SIMPLIFICADA "COLCAN S.A.S; 4010-2020 BIOSISTEMAS INGENIERIA MEDICA S.A.S.; 4108-2020 UNION TEMPORAL GRUPO EMPRESARIAL JHS SAS - TCSC2020; 4126-2020 ULTRASONIDO VASCULAR SAS; 4127-2020 CR EQUIPOS SA; 4157-2020 EMERGENCIAS CLINICAS SAS; 4158-2020 CYRE COLOMBIA SAS y otros.

OBSERVACIONES: DURANTE LAS JORNADAS SE CUMPLIO ESTRICTAMENTE CON LA ACTIVIDADES DE CAPACITACION E INDUCCION.

TOTAL A PAGAR: M/CTE ($ 673.807) SEISCIENTOS SETENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS SIETE



NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSE OSCAR RAMOS RIVERA
CC. 1031147194

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.

ARL | sura

Medellín, 22 de febrero de 2020

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que JOSE OSCAR RAMOS RIVERA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1031147194 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 16/02/2020 **Fecha fin cobertura:** 16/02/2021

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311471942005342817

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puedé ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 22/02/2020 11.53 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JOSE OSCAR RAMOS RIVERA identificado(a) con cedula ciudadania 1.031.147.194, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20180117	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 29 días del mes de Febrero de 2.020

Observaciones:

Con destino a:
TRAMITE PERSONAL

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: FLOR ANGELA OCHOA
13252225

CER-AFI

VIGILADO SuperSubsidio

Codificación Automática
línea telefónica
4441234 2/3/20

www.compensar.com

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-ene-2020

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
RAMOS	RIVERA	JOSE OSCAR

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1031147194

SEXO: F ( ) M (X)

NACIONALIDAD: COL (X) EXTRANJERO ( )

LIBRETA MILITAR: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 1031147194 D.M 13

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DIA 16 MES MAY AÑO 1993

PAÍS Colombia

DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C.

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA

cll 47 sur # 27 a 51

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3213927013

EMAIL oscarramos527@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA).

EDUCACIÓN BASICA											*TITULO* bachiller academico
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1°.	*2°.*	*3°.*	*4°.*	*5°.*	*6°.*	*7°.*	*8°.*	*9°.*	*10°.*	*11°.* X	MES NOVIEMBRE AÑO 2011

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADEMIA ESCRIBA:

TC (TECNICA). **TL** (TECNOLÓGICA). **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA). **UN** (UNIVERSITARIA).

ES (ESPECIALIZACIÓN). **MG** (MAESTRIA O MAGISTER). **DC** (DOCTORADO O PHD).

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ESTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY)

MODALIDAD ACADÉMICA	*No. SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TITULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
Universitaria	7	X		INGENIERIA DE SISTEMAS	11	2018	

OTROS ESTUDIOS

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO:

NOMBRE DEL CURSO	*INSTITUCIÓN DE FORMACIÓN*	*AÑO TERMINACIÓN*	*HORAS*

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: centro dermatologico federico lleras acosta	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talento humano@cfilla.gov.co	
TELÉFONOS: 2015698	*FECHA DE INGRESO*: DIA 27 MES 3 AÑO 2018	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 5 AÑO 2019	
CARGO O CONTRATO: tecnico de sitemas	*DEPENDENCIA*: sistemas	*DIRECCIÓN*: cll 1 # 14	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: departamento administrativo de la funcion publica	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talentohumano@dafp.gov.co	
TELÉFONOS: 2049782	*FECHA DE INGRESO*: DIA 2 MES 3 AÑO 2017	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 12 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: planta provicional	*DEPENDENCIA*: atencion al ciudadano	*DIRECCIÓN*: cll 6 # 12	

EMPLEO O CONTRATO			
EMPRESA O ENTIDAD: Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	*PÚBLICA*: X	*PRIVADA*:	*PAÍS*: Colombia
DEPARTAMENTO: Bogotá D.C.	*MUNICIPIO*: Bogotá D.C.	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: talentohumano@subrednorte.gov.co	
TELÉFONOS: 20419710	*FECHA DE INGRESO*: DIA 1 MES 7 AÑO 2016	*FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 1 AÑO 2017	
CARGO O CONTRATO: tecnologo	*DEPENDENCIA*: contratacion	*DIRECCIÓN*: Calle 66 No. 15-41	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-ene-2020

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Suba	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talentohumano@subrednorte.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
111221	DIA 17 MES 2 AÑO 2016	DIA 30 MES 6 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
tecnico I	juridica	Calle 66 No. 15-41

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
centro dermatologico federico lleras	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talento@cfila.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
2049710	DIA 18 MES 12 AÑO 2015	DIA 18 MES 1 AÑO 2016

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
facturador	farmacia	cll 1# 14

EMPLEO O CONTRATO

EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
Hospital Tunjuelito	X		Colombia

DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*
Bogotá D.C.	Bogotá D.C.	talentohumano@subredsur.gov.co

TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*	*FECHA DE RETIRO*
7300000	DIA 12 MES 12 AÑO 2012	DIA 30 MES 5 AÑO 2015

CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*
digitador	salud publica	Carrera 20 # 47B -35 sur

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 28-ene-2020

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
Privada	0	0
Pública	5	6
Total	5	6

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO X ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha del diligenciamiento

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.198.281

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS RIVERA JOSE OSCAR** identificado(a) con **CC** número **1.031.147.194** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 11 de diciembre de 2012 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 28 de enero de 2020.

Cordialmente,

Laura Patricia Merchan Metaute
Equipo Gestión de Operaciones.

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

202001281734

PAZ Y SALVO CONTRATISTAS

Versión: 01
Fecha de aprobación: 21-04-2020
Código: GH-FT-010

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: José Oscar Tamo Pavey
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: 1023947196
ÁREA Y/O DEPENDECIA: Calidad
FECHA DE DESVINCULACIÓN: 11-05-2020

SUPERVISOR	DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA (ACTIVOS FIJOS)	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	SISTEMA DE INFORMACIÓN MIC	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	DIRECCIÓN FINANCIERA TESORERÍA
Quien garantiza la entrega de los elementos devolutivos que estén a cargo del contratista	Quien garantiza la entrega de los elementos devolutivos que estén a cargo del contratista	Quien garantiza la entrega de los elementos devolutivos que estén a cargo del contratista	Quien garantiza la entrega de los elementos devolutivos que estén a cargo del contratista	Quien garantiza la entrega de los elementos devolutivos que estén a cargo del contratista	Quien garantiza el pago de los honorarios de acuerdo a las cuentas de cobro y certificaciones expedidas por el supervisor
ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA	ESPACIO PARA FIRMA Y FECHA
FECHA: 26 MAYO 2020	FECHA: 12-05-2020	FECHA: 12-05-2020	FECHA: 12-05-2020	FECHA: 12-05-2020	FECHA: 12-05-2020
NOMBRE: Monica Gonzalez Rodriguez	NOMBRE: Hector Fabio Espinosa Parra	NOMBRE: Jose Luis Prada Hernandez	NOMBRE: Carlos Andres Ramirez Ortiz	NOMBRE: Jose Luis Prada Hernandez	NOMBRE: Jose Luis Prada Hernandez
CARGO: Profesional Especializado	CARGO: Profesional Especializado	CARGO: Profesional Especializado	CARGO: Profesional Especializado	CARGO: Profesional Especializado	CARGO: Profesional Especializado
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:

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	1031147194	JOSE OSCAR RAMOS RIVERA		CALLE 61 SUR 54 D 40 APT 541 BLOQ 21	2099710	oscarramos527@gmail.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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	I	24/02/2020	40811133	$250.300	

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	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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										

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	250.300	250.300

40811133

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	1031147194	JOSE OSCAR RAMOS RIVERA		CALLE 51 SUR 54 D 40 APT 541 BLOQ 21	2099710	oscarramos527@gmail.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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-01	2020-01	I	24/02/2020	40811133	$250.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Ciudadano	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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
1	CC	1031147194	RAMOS RIVERA JOSE OSCAR	3	0			N																	230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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