15

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. SALUD
		Fecha de aprobación	09/11/2018	
		Código:	15-02-FO-0002	

366218

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSEPH GONZALEZ GUTIERREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.026.285.851						
CORREO ELECTRONICO:	gonzalezgutierrez10@gmail.com				CELULAR:	3103332606						
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	0550488406650652								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3464-2020						1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	27	FECHA	08/01/2020	NÚMERO DE CRP	15542	FECHA	31/01/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION ADMINISTRATIVA Y/O ASISTENCIAL EN EL AREA DE CONTRATACON 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		
		01	02	2020		29	2	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.749.990									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 0%	$0							
OBSERVACIONES: NINGUNA										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$5.249.970
VALOR EJECUTADO	$1.749.990
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.749.990
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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 $2,194,508 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
40293174	$877.803	$109.800	$140.500	3	$21.400	**$271.700**

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

MONICA E. GONZALEZ MONTES
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOSEPH GONZALEZ GUTIERREZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código:	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	DIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN				**Sede:** Administrativa Principal ASDINGO					
No. DE CONTRATO:	3464-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	2	2.020		29	2	2.020	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JOSEPH GONZALEZ GUTIERREZ		**C. C.**		1.026.285.851	**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. Proyectar las minutas contractuales de los procesos asignados. 2. Realizar el debido diligenciamiento a las matrices propias de Dirección de Contratación. 3. Realizar de manera oportuna la gestión contractual asignada,notificando a los proveedores respectivos. 4. Realizar control de calidad de las minutas de OPS y Bienes y Servicios. 5. Seguimiento y validación de los respectivos Registros Presupuestales (CRP) en Bienes y Servicios. 6. Realizar los informes que se requieran. 7. Apoyar la gestión documental de la oficina. 8. Manejo y diligenciamiento aplicativo SECOP II. 9. Atención y manejo del usuario interno y externo en debida forma. 10. Garantizar la adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en cada uno de los Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. 11. Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato que sean inherentes a la naturaleza del objeto contractual.	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 y proyeccion de escritos jurídicos, dentro de los cuales se encuentran Contratos, Adiciones, Prorrogas, Ordenes de compra mencioandos a continuacion.

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

TOTAL A PAGAR: M/CTE ($ 1.749,990) UN MILLON SEISCIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVETA PESOS.

Joseph Gonzalez Gutierrez
CC. 1026285851.

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JOSEPH GONZALEZ GUTIERREZ
CC. 1026285851

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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026285851	JOSEPH GONZALEZ GUTIERREZ		CALLE 8 C N. 87 B 15 CASA 72	3103332606	gonzalezgutierrez10@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	07/02/2020	40293174	$289.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Dom. exterior	Extranjero	IGE	ING	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INL	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	1026285851	GONZALEZ GUTIERREZ JOSEPH	59	0			N																	230201	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.600	14-11	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	17.600	0	0	0	0	0

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	1026285851	JOSEPH GONZALEZ GUTIERREZ		CALLE 8 C N. 87 B 15 CASA 72	3103332606	gonzalezgutierrez10@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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	07/02/2020	40293174	$289.300	

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										
14-11	ARL SURA	860903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

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	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

40293174

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