| 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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO: | 19207267 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | | | | | CELULAR: | 3007151256 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SUBRED SUROCCIDENTE | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ACTIVOS FIJOS | | | | SEDE: | PAPS CARVAJAL | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | SU57R10 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570078428 | | | | | PENSIONADO | SI | | | | | | |

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3691-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 11 de 11 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1725 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | 54188 | FECHA | 30/11/2020 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR APOYO COMO TECNICO ADMINISTRATIVO I DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | |
| | | 1 | 12 | 2020 | | 31 | 12 | 2020 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $ 1.749.990 | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ADMINISTRATIVO | 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: | $ 19.249.890 |
| VALOR EJECUTADO | $ 19.249.890 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $ 1.749.990 |
| 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 **$2**.194.507 el valor para IBC deben 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47043453 | $877.803 | $109.800 | $- | 3 | 21.400 | **131.200** |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de 12 del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

HECTOR JULIO ESPINOSA RUEDA
SUPERVISOR

ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ
TECNICO ADMINISTRATIVO I

| 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 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| Ubicación del Servicio: | ACTIVOS FIJOS | | Sede: PAPS CARVAJAL | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 3691-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 12 | 2.020 | | 31 | 12 | 2.020 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ | | C. C. | 19.207.267 | | | DE | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO TECNICO ADMINISTRATIVO I DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS EN LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X__ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Plaquetear los elementos devolutivos que ingresan al almacen asi como los que se encuentran en servicios de diferentes unidades | SI | Plaquetizacion en los activos fijos registrados en la Subred Suroccidente | Placas de inventario en los bienes |
| Hacer recorridos por las diferentes areas para verificar que novedades que se presentan con respecto a los bienes de carácter devolutivo y de control, ya sea elementos que esten para dar de baja, nuevos ingresos, elementos que no esten usando y deseen trasladar. | SI | Toma de informacion del elemento y el estado en que se encuentra. | Formato toma fisica |
| Realizar y gestionar las firmas de las diferentes actas(Reintegro, trasiado, incorporacion) | SI | Registro de inforamcion del elemento, firma de quien entrega el bien, firma de quien recibe el bien, lugar de origen del bien y lugar de destino del bien | Actas de Traslado, reintegro o incorporacion |
| Realizar el levantamiento fisico de los bienes de propiedad, planta y equipo en las diferentes unidades prestadoras de servicios de salud de la Subred. | SI | Registro de informacion del elemento con su ubicación actual de manera fisica | Formato toma fisica |
| Realizar el cruce entre los bienes registrados en la toma fisica que se estan adelantando contra los bienes existentes en el sistema con el fin de establecer sobrantes, faltantes y los traslados y ajustes que hayan lugar en las cuentas de propiedad planta y equipo. | SI | Revision de planillas fisicas contra la informacion establecida en la base de datos | Formato toma fisica, base de datos |
| Apoyar y asesorar a los responsables de los bienes en servicio en los tramites respectivos para depurar los servicios de bienes inservibles u obsoletos que se encuentren en los mismos. | SI | Informar y orientar de los procedimientos y normatividad en manejados en el area de Activos Fijos respecto al manejo de bienes. | N/A |
| Revisar y controlar los bienes almacenados en las bodegas de activos fijos e informar cualquier novedad que se presente. | SI | Realizar registro de los bienes clasificados para baja. | Conceptos de baja, Base de datos |
| Trasladar fisicamente a las bodegas de inservibles los elementos devolutivos que sean entregados para la baja por las diferentes unidades y controlar que estos cuenten con sus respectivos soportes. | SI | Realizar el registro del elemento con la informacion correspondientes y describir el concepto establecido para clasificar como elemento de baja | Registro de traslado, concepto de baja |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Tramitar la legalizacion de los inventarios previamente generados en el sistema. | SI | Realizar verificacion aleatoria en las areas administrativas y assitenciales de los inventarios registrados en la toma fisica | Formato de toma fisica |
| Generar, entregar y legalizar los inventarios individuales por area. | SI | Realizar entrega de copia individual de inventario a las directores, jefes de servicio, lideres de centros asistenciales y supervisores administrativos y asistenciales | Formato de toma fisica |
| Cuidar y vigilar los documentos de la oficina, manteniendo organizado los documentos según las directrices de gestion documental. | SI | Archivar, clasificar y organizar el archivo de gestion o historico del area de activos fijos. | Archivo de gestion e historico |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras):$ 1.749,990 (UN MILLON SETESIENTOS CUARENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE)**

Contratista: _____

Alejandro Velandia Suarez

C.C. 19.207.267 de Bogota

Fecha : 31/12/2020 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 | 19207267 | ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ | CALLE 9 SUR # 13-74 | 7251834 | alejovelandia72@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | 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 | |
| 2020-11 | 2020-11 | I | 03/12/2020 | 47043453 | $131.200 | |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 890903790-5 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 21.400 | 21.400 |
| CCF | | 0 | 0 |
| ESAP | | 0 | 0 |
| ICBF | | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | | 131.200 | 131.200 |

47043453

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 | 19207267 | ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ | | CALLE 9 SUR # 13-74 | 7251834 | alejovelandia72@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| UNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/ANO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-11 | 2020-11 | I | 03/12/2020 | 47043453 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | 5131.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACION COTIZANTE | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Colocar | Subtipo | Extranjero | Cotiz. mujer | Extranjero | IGE | RET | TDE | TAE | SLN | IGE | LMA | VAC | VCT | INT | CORRECCION | Cód. AFP | ISC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | ISC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | ISC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | ISC CCF | Aporte CCF | ISC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 19207267 | VELANDIA SUAREZ ALEJANDRO | 59 | 2 | | N | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 877.803 | 109.300 | 14-11 | 877.803 | 3 | 91.400 | | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**Protección**
Pensiones y Cesantías

Bogotá DC, 06 de julio de 2017

Señor(a):
**ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ**
C.C. 19207267
CR 94 A 6 C 18 TRR 6 APTO 403
TEL 7346857 - 3016965726
BOGOTA, D.C.

Recibá un cordial saludo,

En Protección estamos con usted para guiarlo en cada paso del camino hacia la materialización de sus metas.

Luego de analizar el trámite de **Pensión de Vejez** radicado por usted ante nuestra entidad, procedemos a reconocer la prestación económica, ya que encontramos que cumple con los requisitos de edad y semanas establecidos en la norma para acceder a una **Pensión de Vejez por Garantía de Pensión Mínima.** (Ver Anexo 2 – Consideraciones Legales – Garantía de Pensión Mínima).

De acuerdo al análisis efectuado para determinar el derecho a la prestación económica se informa que la fecha de reconocimiento de su prestación es 01-jun.-17.

El detalle de la prestación a la cual usted tiene derecho es:

| | | |
|---|---|---|
| Valor Mesada Pensional | $737.717 | $13,00 mesadas por año |
| - Descuento 12% salud | $88.526,04 | Ver anexo 1 y anexo 2 |
| - Descuento Fondo Solidaridad Pensional - FSP | $ ,0 | Ver anexo 2- Artículo 8 Ley 797 de 2003 |
| **Valor a percibir mensualmente** | **$649.190,96** | |
| **Valor Retroactivo** | $0 | - |
| - Descuento 12% - FOSYGA | $ ,0 * | **Ver anexo 2 – Resolución 2388 de 2016** |
| Valor neto a pagar por concepto de retroactivo | $0,00 | |

**del cual se realizará el descuento del aporte al Sistema General de Seguridad Social en Salud del 12% dando cumplimiento a la Resolución 2388 de 2016 del Misterio de Salud y Protección Social.*

Para garantizar su ingreso a la nómina de pensionados, debe seguir los pasos que encontrara en el Anexo 1 – Reconocimiento Pensión de Vejez, así mismo, todas las consideraciones legales para la determinación del

**Protección**
Pensiones y Cesantías

derecho a la prestación reconocida en esta notificación puede consultarlas en el Anexo 2 - Consideraciones Legales.

Tenga en cuenta que si en la actualidad usted tiene una relación laboral activa, informaremos del reconocimiento de ésta prestación a su empleador.

En caso de encontrarse en desacuerdo con la presente Notificación, usted cuenta con la posibilidad de presentar solicitud de reconsideración.

Le agradecemos la confianza depositada en nosotros durante estos años y le reiteramos nuestro deseo de seguir acompañándolo y guiándolo en su camino

Cualquier información adicional con gusto será suministrada en nuestra Línea de Servicio en Bogotá 7444464, en Medellín y Cali 5109099, en Barranquilla 3197999, en Cartagena 6424999 y desde el resto del país 018000528000.

Cordialmente,

**MARIA CLAUDIA ORDOÑEZ CEBALLOS**
Director de Entrega de Servicio
Analizó: CEGONZAL
Elaboró: MPORTELA

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ**

**C.C 19207267 DE Bogotá D.C.**

La suma de $1.749.990, por concepto de: Honorarios durante el periodo del 1 al 31 de Diciembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3691-2020

**ALEJANDRO VELANDIA SUAREZ**

**C.C. 19207267 DE Bogotá D.C.**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 570078428**