85124

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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROLANDO GUERRERO AVELLANEDA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	xx	C.E		NO:	79,472,854							
CORREO ELECTRONICO:	rolandoguerrero269@gmail.com				CELULAR:	313 563 31 91							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	SUBRED SUROCCIDENTE												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADMINISTRATIVO				SEDE:	KENNEDY							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU37R13												
ENTIDAD FINANCIERA:	AVE VILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	457726904								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	OPS 3477-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	12 DE 12						
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA					
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asisitencial en la Direccion Administrativa dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo al requerimineto institucional										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	1	2020		31	1	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.434.360										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%									

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:	$17.212.320
VALOR EJECUTADO	$17.212.320
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.434.360
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 $2,070,290 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
39877476	$828.116,00	$103.515	$132.499	4	$0	**$236.013**

Dado en Bogotá , mes de Enero del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

CARLOS FONSECA SAMACA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ROLANDO GUERRERO AVELLANEDA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	PLANILLA DE TRANSPORTE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL FUNCIONARIO	Version:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	14/08/2019	
		Código:	14-07-FO-0031	

TIPO DE VEHÍCULO: VANS: X MINIVANS: ___ DOBLE CABINA: ___ No. DE PLACA No. WMZ010 NOMBRE DE LA EMPRESA CONTRATISTA: GRUPO EMPRESARIAL JHS

CLASE DE SERVICIO: OFICIAL: _____ CONVENIO EMPRESARIAL: X NOMBRE CONDUCTOR: Andres Camacho Huertas

SEÑOR USUARIO DE SERVICIO: SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS, CALIFIQUE LA CALIDAD DE NUESTRO SERVICIO

FECHA DIA	MES	AÑO	HORA SERVICIO INICIAL	FINAL	KILOMETRAJE	DIRECCION/RUTA	AREA RESPONSABLE / PERSONAL TRANSLADADO	ACTIVIDAD	CALIDAD DE SERVICIO E	R	M	NOMBRE	OBSERVACIONES
16	09	19	06:05	08:20	353.968 353.073	Usiondolombia							
16	09	14	08:30	8:45	353.073 353.081	UPA Bynalia							
16	09	14	08:49	09:10	353.081 353.084	Hospital Kennedy							
16	09	19	09:15	09:32	353.084 353.085	KR96#38-28SW							
16	09	19	09:42	09:58	353.085 353.087	KR97B#42-28							
16	09	14	09:12	10:30	353.087 353.090	KR94B#40A-61SW							
16	09	19	10:35	10:50	353.090 353.097	UPA97							
16	09	19	11:00	11:18	353.097 353.105	Hospital Kennedy							
16	09	19	11:20	11:30	353.105 353.107								
16	09	14	12:00	12:30	353.107 353.118	CR 51D SUR #81-00							
16	09	14	14:00	14:20	353.118 353.127	CR 71D SUR #73B-95							
16	09	19	14:40	15:00	353.121 353.124	UPA Patio Bonito							
16	09	19	15:20	15:30	353.124 353.127	CR 7 #94-78							
16	09	19	15:40	15:50	353.129 353.132	CR 5A #76-16							

SERVICIO DE LA HORA DE ENTRADA

CINDY CHACARRA

CINDY CHACARRA

APROBADO POR DIRECCION ADMINISTRATIVA	REVISADO POR APOYO ADMINISTRATIVO	REALIZADO POR COORDINADORA DE TRANSORTES

CO.BO. COORDINADOR: CINDY CHACARRA G.

E:EXCELENTE R:REGULA M:MALO

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	16-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:			Sede:						
No. DE CONTRATO: 3477/2019		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	1	2.020		31	1	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ROLANDO GUERRERO AVELLANEDA		C. C.	79,472,854			DE	BOGOTA	

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Conducción del vehículo asignado al área.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Servicios Generales
2. Mantener el vehículo en óptimas condiciones de aseo y funcionamiento.	Programado	Se realiza la desinfección y el lavado del vehiculo.	Vehiculo en optimas condiciones.
3. Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo que sea necesario.	Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	Sin novedad
4. Informar el vencimiento de los seguros y de más documentos del vehículo.	Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	Sin novedad
5. puntualidad en las actividades programadas por el Hospital.	Programado	Se presento dentro del horario establecido	Planillas de actividades y soportes. Oficina servicios Generales
6. Apoyar las actividades relacionadas con el transporte, cargue y descargue de elementos o insumos, sin	Programado	Acompaño y colaboro en las diferentes actividades, con almacén y demás áreas respectivas, así mismo velo por la	Planillas de actividades y soportes. Oficina servicios Generales
7. Traslado de personal del Hospital hacia los diferentes puntos de atención o entidades	Programado	Se realizo el traslado del personal hacia los diferentes sitios programados para el desarrollo de las actividades de los	Planillas de actividades y soportes. Oficina servicios Generales
8. Utilizar el vehículo para realizar actividades única y exclusivamente de la Institución.	Programado	Desarrollo única y exclusivamente el vehiculo en las actividades que programa el Hospital en sus diferentes áreas.	Planillas de actividades y soportes. Oficina servicios Generales
9. Responder por los elementos e insumos que hacen parte del inventario del vehículo.	Programado	Inventario con Activos Fijos	Sin novedad
10. manejar adecuadamente los equipos de comunicaciones que el Hospital le suministre para el desarrollo del objeto de la orden.	Programado	Atendió a los llamados, tanto del radioperador de los camis y el de la oficina de transporte u oficina de Recursos físicos.	Sin novedad
11. Realizar todas las actividades que programe el área de recursos físicos del Hospital.	No programado	Atendió todas las actividades que fueron programadas.	Planillas de actividades y soportes. Oficina servicios Generales
12- Además, todas aquellas que aseguren el cumplimiento del objeto de la orden	Programado	Mantuvo disponibilidad de tiempo en el evento de ser requerido por transportes.	Planillas de actividades y soportes. Oficina servicios Generales

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ~~$1,434,360,oo~~ UN MILLON CUATROCIENTOS TREINTA Y CUATRO MILTRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 79472854.

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.

Secretaria de Salud Subred Sur Occidente E.S.E.	PLANILLA DE TRANSPORTE CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL FUNCIONARIO	Version:	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	14/08/2019	
		Código:	14-07-FO-0031	

TIPO DE VEHÍCULO: VANS: X MINIVANS: ___ DOBLE CABINA: ___ No. DE PLACA No. WMZ010 NOMBRE DE LA EMPRESA CONTRATISTA: GRUPO EMPRESARIAL JHS

CLASE DE SERVICIO: OFICIAL: _____ CONVENIO EMPRESARIAL: X NOMBRE CONDUCTOR: Andres Camacho Huertas

SEÑOR USUARIO DE SERVICIO: SU OPINIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA NOSOTROS, CALIFIQUE LA CALIDAD DE NUESTRO SERVICIO

FECHA DIA	MES	AÑO	HORA SERVICIO INICIAL	FINAL	KILOMETRAJE	DIRECCION/RUTA	AREA RESPONSABLE / PERSONAL TRANSLADADO	ACTIVIDAD	CALIDAD DE SERVICIO E	R	M	NOMBRE	OBSERVACIONES
15	09	2019	08:00	08:52	352 - 715 352 - 721	Vision Colombia	PAI						
15	09	2019	09:00	09:04	352 - 721 352 - 722	Cr 78A 71C - 21	PAI						
15	09	2019	09:20	09:30	352 - 722 352 - 726	C.C Tintal plaza	PAI						
15	09	2019	09:45	10:00	352 - 726 352 - 729	Parque Bella Vista	PAI						
15	09	2019	10:08	10:15	352 - 729 352 - 730	Kr 78 # 11C - 21	PAI						
15	09	2019	10:58	11:10	352 - 730 352 - 732	UPA Kennedy	PAI						
15	09	2019	11:30	11:52	352 - 732 352 - 736	Cll 2 # 69 - 58 Sur	PAI						
15	09	2019	11:59	12:20	352 - 736 352 - 740	Cll 40B Sur # 89A - 22	PAI						
15	09	2019	12:30	12:40	352 - 740 352 - 744	Cll 40 Sur # 91A - 3	PAI						
15	09	2019	14:00	14:20	352 - 744 352 - 746	Parque Bella Vista	PAI						
15	09	2019	14:40	15:00	352 - 746 352 - 749	CC Tintal plaza	PAI						
15	09	2019	15:10	15:20	352 - 749 352 - 749	Cll 35B Sur # 88 - 19	PAI						
15	09	2019	15:40	15:59	352 - 749 352 - 759	UPA Ll	PAI						

APROBADO POR DIRECCION ADMINISTRATIVA	REVISADO POR APOYO ADMINISTRATIVO	REALIZADO POR COORDINADORA DE TRANSORTES

CO.BO. COORDINADOR: CINDY CHAVARRIA G.

E:EXCELENTE R:REGULA M:MALO

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	79472854	ROLANDO GUERRERO AVELLANEDA		CLL 40 SUR N 68 H 76	7046286	ROLANDOGUERRERO269@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-12	2019-12	1	09/01/2020	39877476	$286.500	

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	103.600	50.400		0		0	0	0	0	154.000	2

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
25-14	Colpensiones	900336004-7	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	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	154.000	154.000
Pensión	1	132.500	132.500
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	286.500	286.500

39877476

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	79472854	ROLANDO GUERRERO AVELLANEDA		CLL 40 SUR N 68 H 76	7046286	ROLANDOGUERRERO269@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	1
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2019-12	2019-12	I	09/01/2020	39877476	$286.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Residente	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
CC	1030604526	GUERRERO GARCIA GIANI ALEXANDER	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	50.400		0		0		0	0	0	0	0	0	0
CC	79472854	GUERRERO AVELLANEDA ROLANDO	3	0			N																	25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS008	828.116	103.600		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA