931673

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	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 3683-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2 DE 3					
NÚMERO DE CDP	27	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP	15751	FECHA	31/01/2020			
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	3	2020		31	3	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.488.866									
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:	$4.466.598
VALOR EJECUTADO	$2.977.732
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.488.866
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.488.866
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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
40615517	$877.803,00	$109.725	$140.448	4	$0	**$250.174**

Dado en Bogotá , mes de Marzo 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 Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	1
Fecha de aprobación	9/11/2016
Código	15-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:				**Sede:**					
No. DE CONTRATO: 3683-2020		**Periodo certificado desde el**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	3	2.020		31	3	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.Realizar la conducción de los vehículos de propiedad de la Subred en cumplimiento de las actividades asignadas por la Dirección Administrativa - Subproceso de Servicios de Apoyo.	Programado	Desplazo a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
2. Realizar la conducción para la Subred en cumplimiento de las actividades programadas.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
3. Solicitar el mantenimiento y preventivo al vehículo asignado cuando sea necesario.	Programado	Diligenciar planillas de Inspección Pre Operacional diaria	Planillas
4. Informar el vencimiento de los seguros y demás documentos del vehículo.	Programado	No Aplica	No Aplica
5. Prestar el servicio de conducción con calidad y oportunidad para el adecuado cumplimiento de las actividades programadas.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
6. Apoyar las actividades de cargue y descargue de elementos, sin descuidar la seguridad e integridad del vehículo.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
7. Realizar el traslado de los funcionarios y colaboradores de la Subred a los diferentes puntos de atención o entidades, según la programación asignada.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
8. Utilizar el vehículo para realizar actividades de la institución única y exclusivamente.	Programado	Desplazó a los funcionarios y equipos a sus diferentes actividades programadas.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
9. Responder por los elementos e insumos que hacen parte del inventario del vehículo.	Programado	Se Realiza Verificación de Inventario con el area de activos Fijos	Acta
10. Manejar adecuadamente los elementos de comunicación que la institución le suministre para el desarrollo del objeto contractual.	Programado	No Aplica	No Aplica
11. Mantener el vehículo asignado en óptimas condiciones de aseo y funcionamiento.	Programado	Diligenciar planillas de Inspección Pre Operacional diaria	Planillas
12. Todas las demás actividades que le sean solicitadas para garantizar el cumplimiento del objeto contractual.	Programado	Mantuvo disponibilidad de tiempo en el evento de ser requerido por transportes.	Planillas de actividades y soportes. En oficina Apoyo Administrativo
13. Realizar el curso de seguridad vial institucional y presentar certificado de aprobación con un porcentaje mínimo del 80%.		Según programación del area de Seguridad y Salud en el Trabajo	Certificación

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.488.866,oo UN MILLON CUATROCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE

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.

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

PLANILLA DE TRANSPORTE
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL FUNCIONARIO

Versión:	1
Fecha de aprobación:	14/08/2019
Código:	14-07-FO-0031

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

TIPO DE VEHÍCULO: VANS: X MINIVANS: ___ DOBLE CABINA: ___ No. DE PLACA: FUM 162 NOMBRE EMPRESA CONTRATISTA: I. H. S

CLASE DE SERVICIO: OFICIAL: ___ CONVENIO EMPRESARIAL: Si NOMBRE CONDUCTOR: Jonathan Becerra

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

FECHA DE SERVICIO DIA	MES	AÑO	HORA DE SERVICIO INICIAL	FINAL	KILOMETRAJE	DIRECCIÓN / RUTA	ÁREA RESPONSABLE / PERSONAL TRASLADADO	ACTIVIDAD	CALIDAD DEL SERVICIO E	R	M	NOMBRE	OBSERVACIONES
12	2020	02	8:20	3:30	1 1 1	Hospital Base	PAD/Medicos	Visitas	X				
12	2020	02	4:12	4:40	1 1 1	CRA 80 I # 72c 09	PAD / Medicos	Visitas	X				
12	2020	02	5:10	6:30	133655	Trinidad Galan	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	7:00	10:30	133988	Trinidad Galan	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	10:30	11:00	1 1 1	Hospital Kennedy	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	11:35	12:10	1 1 1	cll 10 # 80F-30	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	19:30	1:00	1 1 1	Cll 72 H # 114-61	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	1:45	2:05	1 1 1	cll 49A # 1D 39	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	2:30	3:00	1 1 1	cll 49A sur 88 91G	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	3:15	3:40	1 1 1	cll 83C # 80J-14	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	4:00	4:30	1 1 1	cll 79 sur # 95-77	PAD / Medicos	Visitas	X				
13	2020	02	5:00	7:00	133339	Trinidad Galan	PAD / Medicos	Visitas	X				
14	02	2020	7:00	8:20	133353	Trinidad Galan	PAD / Medicos	Visitas	X				
14	02	2020	8:55	10:30		Asdingo	PAD / Medicos	Visitas	X				

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

VO.BO.COORDINADOR: ___

E: EXCELENTE R: REGULAR 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	1
2020-02	2020-02	1	11/03/2020	40615517	TOTAL A PAGAR	
					$303.300	

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	53.000		0		0	0	0	0	162.800	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	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	162.800	162.800
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	303.300	303.300

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar. Operador de información.

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

PLANILLA DE TRANSPORTE
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL FUNCIONARIO

Versión:	1
Fecha de aprobación:	14/08/2019
Código:	14-07-FO-0031

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

TIPO DE VEHÍCULO: VANS: X MINIVANS: ___ DOBLE CABINA: ___ No. DE PLACA: FVM 162 NOMBRE EMPRESA CONTRATISTA: I. H S.

CLASE DE SERVICIO: OFICIAL: ___ CONVENIO EMPRESARIAL: ___ NOMBRE CONDUCTOR: Jonathan Rocuana

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

FECHA DE SERVICIO DIA	MES	AÑO	HORA DE SERVICIO INICIAR	FINAL	KILOMETRAJE	DIRECCIÓN / RUTA	ÁREA RESPONSABLE / PERSONAL TRASLADADO	ACTIVIDAD	CALIDAD DEL SERVICIO E	R	M	NOMBRE	OBSERVACIONES
16	02	2020	10:10	10:30	13 509	Cll 49 sur #81-79	PAD/ Medicos Visitas	Visitas.	X				
16	02	2020	10:43	11:00		Cll 49A Sur 88-16	PAD/ Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	11:10	11:30		Cra 87H 54-58	PAD/ Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	12:00	12:30		Cll 85c - 80F sur 67	PAD / Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	19:30	19:50		Cll 72 sur 95-17	PAD / Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	1:00	1:20		Cll 77 #81-80	PAD / Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	1:30	1:50		Cll 70 B sur 79-46	PAD / Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	2:10	2:30		Cll 69 # B 58 36	PAD / Medicos	Visitas	X				
16	02	2020	4:00	6:00	B 546	Trinidad Galan	PAD / Medico	Visitas	X				

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

VO.BO.COORDINADOR: ___

E: EXCELENTE R: REGULAR 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	1
					TOTAL A PAGAR	
2020-02	2020-02	I	11/03/2020	40615517	$303,300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	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	1030604526	GUERRERO GARCIA GIANI ALEXANDER	40	0			N																		0	0	0	0	0	0	EPS008	0	53,000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0
2	CC	79472854	GUERRERO AVELLANEDA ROLANDO	3	0			N																		25-14	877,803	140,500	0	0	0	0	EPS008	877,803	109,800		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

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

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

PLANILLA DE TRANSPORTE
CUMPLIMIENTO DEL SERVICIO Y SATISFACCIÓN DEL FUNCIONARIO

Versión:	1
Fecha de aprobación:	14/08/2019
Código:	14-07-FO-0031

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

TIPO DE VEHÍCULO: VANS: X MINIVANS: ___ DOBLE CABINA: ___ No. DE PLACA: FUM169 NOMBRE EMPRESA CONTRATISTA: I. H. S.

CLASE DE SERVICIO: OFICIAL: _____ CONVENIO EMPRESARIAL: _____ NOMBRE CONDUCTOR: Jonathan Decuara

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

FECHA DE SERVICIO DIA	MES	AÑO	HORA DE SERVICIO INICIAK	FINAL	KILOMETRAJE	DIRECCIÓN / RUTA	ÁREA RESPONSABLE / PERSONAL TRASLADADO	ACTIVIDAD	CALIDAD DEL SERVICIO E	R	M	NOMBRE	OBSERVACIONES
10	02	2020	7:00	8:30		Trinidad Galan	PAD / Medico	Visitas	X				
10	02	2020	9:15	9:30		CRA Cundinamarca	PAD / Medico	Visitas	X				
10	02	2020	10:00	12:30		Hospital Pasa	PAD / Medicos	Visita	X				
10	02	2020	11:45	1:55		CL170 Sur #78A45	PAD / Medicos	Visitas	X				
10	02	2020	9:18	9:36		CRA 81 # 79A 275	PAD / Medicos	Visitas	X				
10	02	2020	9:55	3:15		CRA 81K #54A45	PAD / Medicos	Visitas	X				
10	02	2020	3:40	3:50		Cll 40B sur #78P-10	PAD / Medicos	Visitas	X				
10	02	2020	4:30	4:45		Trinidad Galan	PAD / Medicos	Visitas	X				
11	02	2020	7:00	8:30		Trinidad Galan	PAD / Medicos	Visitas	X				
11	02	2020	8:55	9:15		Cll 10 # 80F40	PAD / Medicos	Visitas	X				
11	02	2020	9:31	9:55		Cll 40 B #78P-10	PAD / Medicos	Visitas	X				
11	02	2020	10:10	10:30		Cll 40 F Sur 81057	PAD / Medicos	Visitas	X				
11	02	2020	10:10	10:30		Cll 46 B 781-805	PAD / Medicos	Visitas	X				
11	02	2020	11:00	11:30		CRA 78B # 47A87	PAD / Medicos	Visitas	X				

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

VO.BO.COORDINADOR: _____

E: EXCELENTE R: REGULAR M: MALO