180623

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 Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1016024077							
CORREO ELECTRONICO:	LEANDROMMACIAS@GMAIL.COM				CELULAR:	3202053058							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FO09K27								
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC				SEDE:	FONTIBON							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	FO09K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24094269778								PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5979-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	721	FECHA	20/05/2021	NÚMERO DE CRP	29508	FECHA	24/05/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial al PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de al SUBRED SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional								

PERIODO CERTIFICADO: JUNIO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	06	2021		30	06	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	3627684								
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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 EJECUCION DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 4474144
VALOR EJECUTADO	$ 4474144
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$ 3627684
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 $2.271.315 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
50815443	907147	113393	145144	1	4800	280635
51258738	907147			3	17400	

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ
NOMBRE Y FIRMA CONTRATISTA

21-06

	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:	PIC FO09 - K27			Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	5979-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	6	2.021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ		**C. C.**		1.018.024.077	**DE**	BOGOTÁ		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestarservicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el áreaPIC dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA 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
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesionalconforme a lo establecidoen los lineamientos, estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	Se realizan la apertura de 5 usuarios buscando realizar las ocho sesiones en el mes de junio	Formatos PAP 010 y PAP 020
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	Se realizan la apertura de 5 usuarios buscando realizar las ocho sesiones en el mes de junio	Formatos PAP 010 y PAP 020
Caracterizacionde escenariospropiospara el desarrollode las actividades según defina el lineamiento.	NO	No se programa esta actividad para este mes	No aplica para este mes
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadastanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	Participé en los turnos de apoyo al muestreo covid el dia 28 de junio d 2021	No aplica para este mes
Realizarinduccion a la demanday seguimientoefectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	NO	No se programa esta actividad para este mes	No aplica para este mes
Allstar soportesy presentar auditoriasprogramadastanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Notificar todos los eventos de interes en salud publica. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con accion de instituciones distintas al sector salud.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salu	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Facilitar los procesos de veeduria ciudadana y participacio social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para certificado	No aplica para certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodie de lo mismos.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las sesiones realizadas.	Formatos PAP 010 y PAP 020
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requerid acorde a las preditorias del referente del espacio asignac	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Se realiza la entrega oportuna de los formatos PAP 010 y PAP 020 d forma clara y con la calidad requerida	Formatos PAP 010 y PAP 020
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Partilipe en la jornada de cuidado de paciente el dia 9 de junio.	Asistencia virtual
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventor al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada	Formatos PAP 010 y PAP 020
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para le ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada de los insu	Cuidado de los equipos de computo utilización adecuada los insumos.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: $ $ 3.627.684 TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS M/CTE

NOMBRE Y CC CONTRATISTA: LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ CC 1018024077	Fecha y firma/sello Firma de recibo 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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016024077	LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ		CL 18A N 121 33	2986172	leandrommacias@hotmail.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
2021-05	2021-05	I	10/06/2021	50815443	TOTAL A PAGAR	
					$264.000	

LLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE						INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN						BALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colomb. residente	Dpto.	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
1016024077	MACIAS RAMIREZ LEANDRO MIGUEL	69	0			N																	230301	909.000	145.500	0	0	0	0	EPS009	909.000	113.700	14-23	909.000	1	4.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	1016024077	LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ	CL 18A N 121 33	2986172	leandrommacias@hotmail.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
50815443	10/06/2021				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-05	2021-05	N	11/06/2021	51258738	$17.400	

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					

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	17.400				17.400	0	0	17.400			174	17.400	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	0	0	0
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	17.400	17.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	1	17.400	17.400

PAGADA

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	1016024077	LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ	CL 18A N 121 33	2986172	leandrommacias@hotmail.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
50815443	10/06/2021				EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2021-05	2021-05	N	11/06/2021	51258738	$17.400

ALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES					
...io	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Código	Subtipo	Extranjero	Cotiza 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
C	1016024077	MACIAS RAMIREZ LEANDRO MIGUEL	59	0			N																	230301	909.000	145.500	0	0	0	0	EPS008	909.000	113.700	14-23	909.000	3	22.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6/ 2021

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

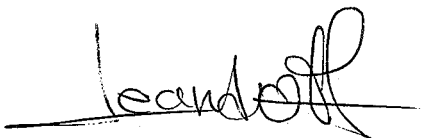
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ

C.C 1016024077 de Bogotá

La suma de $3.627.684 (**TRES MILLONES SEISCIENTOS VEINTISIETE MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO** m/cte), por concepto de: Prestar servicios como Trabajadora Social- profesional universitario-2, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5979-2021



LEANDRO MIGUEL MACIAS RAMIREZ

1016024077 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24094269778