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	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Diego Fernando Castañeda Alvarado						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1022985327	
CORREO ELECTRONICO:	diegocasta93@gmail.com				CELULAR:	3167164045	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC VIGILANCIA SANITARIA SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K31	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	570006181206324				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6297			VIGENCIA		2023	
NÚMERO DE CDP	3045	FECHA	2023-12-14 11:31:00.000	NÚMERO DE CRP	69680	FECHA	2023-12-15 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNOLOGO EN SANEAMIENTO AMBIENTAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-12-01		2023-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,395,525				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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:	$11,443,152
VALOR EJECUTADO	$11,323,152
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,395,525
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$120,000
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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 debe 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
73140509	$1,045,651	$130,706	$167,304	3	$25,472	$323,483

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Diego Castillo
79837057
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

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

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1.Realizar, liderar o apoyar visitas de inspección vigilancia y control, toma y envió de muestras y operativos, en las diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que se asignado, afines al perfil profesional a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la subred y la secretaria distrital de salud.	Apoyo a la Linea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonotico ETOZ con el Vacunacion Antirrabica con 200 en la Localidad de Puente Aranda y 712 en la Localidad de Bosa, de acuerdo a la distribucion por parte de la Lider de la Linea.	Se entrega de Productos con la lider de la linea con planillas de Vacunacion Canina y Felina de 200 en la Localidad de Puente Aranda y 712 en la Localidad de Bosa de animales vacunados respectivamente.
2.Apoyar las actividades de control vectorial, vacunación canina y felina demás acciones relacionadas de la línea de eventos transmisibles de origen zoonótico	Apoyo a la Linea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonotico ETOZ con el Vacunacion Antirrabica con 200 en la Localidad de Puente Aranda y 712 en la Localidad de Bosa, de acuerdo a la distribucion por parte de la Lider de la Linea.	Se entrega de Productos con la lider de la linea con planillas de Vacunacion Canina y Felina de 200 en la Localidad de Puente Aranda y 712 en la Localidad de Bosa de animales vacunados respectivamente.
3. Brindar apoyo técnico a la comunidad en normativa sanitaria y ambiental.	Se brinda asesorias a la comunidad.	Firma en acta
4.Presentar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Asi como los respectivos cronogramas, de las actividades o acciones a realizar y realizadas.	Apoyo a la Linea de Enfermedades Transmisibles de Origen Zoonotico ETOZ con el Vacunacion Antirrabica con 200 en la Localidad de Puente Aranda y 712 en la Localidad de Bosa, de acuerdo a la distribucion por parte de la Lider de la Linea.	Se entrega de Productos con la lider de la linea con planillas de Vacunacion Canina y Felina de 200 en la Localidad de Puente Aranda y 712 en la Localidad de Bosa de animales vacunados respectivamente.
5.Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y otros.	Entrega de productos de acuerdo a programación de la subred suroccidente	Firma en Acta
6.Acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse.	Se realiza acompañamiento a la auditoria	Firma en Acta
7.Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas.	NO APLICA	NO APLICA
8.Mantener la confidencialidad de la informacion, reservas de los sistemas de informacion, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnologicos, registro de soporte logistico (software), de su perfil en su componente de vigilancia sanitaria y ambiental.	SE MANTIENE CONFIDENCIALIDAD EN INFORMACION, RESERVAS DE LOS SITEMAS DE INFORMACION	Firma en Acta
9.Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	Se atiende y da respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.	Firma en Acta
10.Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que sean asignados y/o delegados.	Se asiste a Reunión de línea ETOZ - y Vacunacion	Firma Acta de Asistencia
11.Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interees del area de salud publica o demás actividades de la subred, cuando sea requerido.	Asistencia al Centro de Zoonosis del Distrito apoyo acciones de vigilancia de caninos y felinos	Firma Acta de Asistencia
12.Conocer, promover y aplicar las políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la subred.	Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred.	Firma en Acta
13.Llevar en forma ordenada un archivo físico o magnético de fácil consulta y verificación	Se entrega soportes fisicos al lider para archivo ordenado y facil verificacion	Planillas de vacunación

Diego Castillo
79837057
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada subred suroccidente

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	1022985327	DIEGO FERNANDO CASTAÑEDA ALVARADO	DAG 56 A BIS SUR 82A-75	3167164045	diegofernnado93_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	12/01/2024	73954017	$421.500	

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	169.800	0		0		0	3	500	0	170.300	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	217.400	0	0	0	0	3	600	0	218.000	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	890903790-5	33.100				33.100	3	100	33.200			331	33.200	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	169.800	170.300
Pensión	1	217.400	218.000
Riesgos Laborales	1	33.100	33.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	420.300	421.500

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	1022985327	DIEGO FERNANDO CASTAÑEDA ALVARADO		DAG 56 A BIS SUR 82A-75	3167164045	diegofernnado93_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-12	2023-12	I	12/01/2024	73954017	$421.500	

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	Estornado	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	1022985327	CASTAÑEDA ALVARADO DIEGO FERNANDO	59	0			N																	230201	1.358.210	217.400	0	0	0	0	EPS008	1.358.210	169.800	14-11	1.358.210	3	33.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIEGO FERNANDO CASTAÑEDA ALVARADO

C.C 1022985327 DE BOGOTA

La suma de **$ 2.841.400 (DOS MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE),** por concepto de: **Tecnólogo en Saneamiento Ambiental** durante el periodo de **1** al **31** de **ENERO** de **2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6297-2023.



DIEGO FERNANDO CASTAÑEDA ALVARADO

C.C 1022985327 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NÚMERO 0570006181206324