# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-01-17, 03:21:58 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1059616292 **Referencia pago(PIN)** 8810008523

**Periodo Cotización** 202312 **Periodo Servicio** 202312

**Cliente:**

## PAGADA 2024-01-17

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHAN ESTEVEN OLIVARES LOPEZ | | | | |
| **Documento** | CC 1019022368 | **Dirección** | CR 97 #129 B - 04 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3144013955 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1019022368 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | OLIVARES LOPEZ JOHAN ESTEVEN | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión | | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | | | $ 1.599.500 | 230201 | | 16 % | $ 1.599.500 | $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 1.599.500 | $ 200.000 | $ 0 | 14-11 | 3 | 2,436 % | $ 1.599.500 | $ 39.000 | NIN-CC | 0 % | $ 0 | $ 0 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 256.000 | $ 0 | $ 0 | $ 200.000 | $ 39.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 495.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JOHAN ESTEVEN OLIVARES LOPEZ**

**C.C 1019022368 DE BOGOTÁ**

Tres millones novecientos noventa y ocho mil ciento treinta y seis pesos **3.998.136 M/CTE**. Por prestar servicio como **LICENCIADO EN EDUCACIÓN FÍSICA** en el área de gestión del riesgo en salud dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la **SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** de acuerdo al requerimiento institución, durante el periodo del **01 al 31 de Enero de 2024** conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4990-2023.

Johan Olivares López

**JOHAN ESTEVEN OLIVARES LÓPEZ**

**C.C 1019022368**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Johan esteven olivares lopez | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1019022368 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | johan.olivares@hotmail.com | | | | CELULAR: | 6805231 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U C S EQUIPO ATENCION EN CASA USS 36 ASUNCIÓN BOCHICA | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | SU46V07-15 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BBVA COLOMBIA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 415067586 | | | | PENSIONADO | NO | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4990 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000 | NÚMERO DE CRP | 7610 | FECHA | 2024-01-17 10:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | LICENCIADO EN EDUCACION FISICA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-01-01 | | 2024-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,988,136 | | | | |
| 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: | $35,933,224 |
| VALOR EJECUTADO | $35,933,224 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,988,136 |
| 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 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 105961692 | $1,595,254 | $199,407 | $255,241 | 3 | $38,860 | $493,508 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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 |
|---|---|---|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller,técnico, profesional y/o profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud para los equipos de atención en casa, estándares institucionales y portafolio de servicio, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertiencia según parametros descritos para el fortalecimiento del Modelo de salud en su componente territorial y de la Subred Sur occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrarto vigente entre Sub Red de Occidente y la Secretaria de Salud Distrital. | Planificar actividades de acuerdo a la población beneficiaria del programa. | Búsqueda de vinculaciones. |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la poblacion identificada, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas. | Diligenciamiento formatos de asistencia | Formatos |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas y prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente. | Fortalecer la parte emocional de las personas | Actividades en campo |
| Participar en reuniones, asistencia técnica ordinarias y extraordinarias programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por Dirección Géstion de Riesgo, supervisora de cotrato o Subred. | Se realiza reuniones técnicas grupales. | Actas y listados. |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. | Planificación de actividades grupales | Visitas Guiadas |
| Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínic (si aplica) o ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y / o lider proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad, según dinamica y/ o programación de cada una de las lineas de intervención. | Diligenciar formatos establecidos | Formatos de respiro y actas. |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas de la ESE, SDS o por netes de contro. | Elaboracion de informes mensuales de estadisticas de las ejecucion de actividades. | Informes mensuales. |
| Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos. | Planificación de cronograma de actividades | Cronograma de actividades |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio. | Presentación de reportes generales. | Reportes |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecucción de las acciones. | Estar previamente informado a lo requerido | Consultas y búsquedas de nuevos espacios |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato. | Actividades de desarrollo integral | Encuentros diferentes espacios |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. | Seguimiento de encuestas de calidad | Evaluación de encuestas. |
| Resguardar y dar un optimo uso a los equipos y/o elementos asigandos para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en los equipos de atención en casa en su componente territorial. | Dar uso a las herramientas de las salidas de respiro como : transporte , alimentación. | Brindar espacios para ofrecer los elementos asignados para las salidas de respiro. |
| Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio. | Seguimiento en la participación y solicitudes en los eventos culturales y reportes. | Reporte de actividades planificadas. |

Copia Certificada Subred Sur Occidente

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
52779671
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