| 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: | John Jaime Rodriguez Casallas | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 80147297 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | Johnjaime0007@gmail.com | | | | CELULAR: | 3106790298 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | FO09K26 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DE BOGOTA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 143201887 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2985 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 289 | FECHA | 2024-01-17 10:55:11.000 | NÚMERO DE CRP | 10477 | FECHA | 2024-01-17 11:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MENSAJERO CON MOTO PIC | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL 2024-01-01 | HASTA | FECHA FINAL 2024-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,460,374 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | 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: | $29,306,043 |
| VALOR EJECUTADO | $29,230,271 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $75,772 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 4530802926 | $984,150 | $123,019 | $157,464 | 4 | $23,974 | $304,457 |

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

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, Y de apoyar la implementación de los mismos | se realizan las actividades asignadas, los respectivos seguimientos de la localidad de fontibon y puente aranda | se asiste a recorridos asignados |
| 2. Apoyar a la SUBRED en las actividades que demande según requerimientos ínter institucionales y extra institucionales | se apoyan las actividades asignadas | se asiste a actividades asignadas |
| 3. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la SUBRED | se realizan planillas de recorridos realizados en el mes | se diligencian planillas de los recorridos realizados |
| 4. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | se entrega planilla de afiliación del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales. | se entrega planilla de afiliación |
| 5. Mantener disponibilidad permanente en el teléfono móvil de manera que pueda mantener un contacto permanente | se mantiene disponibilidad en teléfono móvil, disposicion a cualquier llamado | se esta pendiente a cualquier llamado que realiza el supervisor |
| 6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio | se registran los recorridos asignados | se entrega planilla de recorridos |
| 7. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarle al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento | se entrega planilla de los días laborados | se entrega planilla de los diferentes recorridos asignados |
| 8.Participar en las jornadas de capacitación, inducción reuniones y eventos a los cuales se ha convocado | se notifican las fallas para el mejoramiento continuo | notificar fallas al supervisor inmediato |
| 9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades. | se asiste a recorridos asignados de la localidad de fontibon y puente aranda |
| 10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demás de apoyar la implementación de los mismos | Se realizan los recorridos a las visitas asignadas por el grupo de la cohorte | Se realizan los recorridos a las visitas asignadas por el grupo de la cohorte |
| 11.realizar los recorridos necesarios para garantizar el seguimiento de la población objeto del programa PAI | se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora | se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora |
| 12. Realizar los recorridos en compañía de un vacunador de la SUBRED | en el mes se realizan las visitas asignadas en la SUBRED | se realizan las visitas asignadas en la SUBRED |
| 13. Realizar los desplazamientos necesarios solicitados por el supervisor | Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes | Se laboro oportunamente dando cumplimiento a las visitas |
| 14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por los que ejercen el control de ejecución del contrato acordes con el objeto | se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora | se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora |
| 15. Participar activa y pro activamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación que apunta al mejoramiento continuo de la entidad | se realizan las actividades asignadas | se realizaron las actividades asignadas por el supervisor |

CHRISTIAN ACERO
1032393003
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 Sur Occidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 01/2024

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD
SUROCCIDENTE E.S.E. NIT:900.959.048-4

DEBE A:
JOHN JAIME RODRIGUEZ CASALLAS

CC 80147297 DE BOGOTÁ

La suma de $ 2. 460. 374 dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos M/CTE, por concepto de servicios de MENSAJERO CON MOTOTÉCNICO 1 durante el periodo de 1 de Enero al 31 de Enero del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2985/2023



JOHN JAIME RODRIGUEZ CASALLAS
CC. 80147297 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA
NUMERO 143201887

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 80147297 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JHON JAIME RODRIGUEZ CASALLA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | TRASV 77GBISA 71C-64SUR | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **4530802926** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | diciembre | AÑO 2023 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | diciembre | AÑO 2023 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/01/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9997328949 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 185.600 | $ 0 | $ 185.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 185.600** | **$ 0** | **$ 185.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS008 | EPS008-COMPENSAR | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 | $ 0 | $ 0 | $ 145.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 145.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 145.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF24 | CCF24-COMPENSAR | 1 | $ 23.200 | $ 0 | $ 23.200 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 23.200** | **$ 0** | **$ 23.200** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 80147297 | RODRIGUEZ CASALLAS JOHN JAIME | INDEPEND | | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | | | $ 0 | | $ 0 | 30 | $ 1.160.000 | CCF24-COMPENSAR | $ 23.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 353.800** |

Planilla Pagada