| 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: | Gustavo Fonseca Miranda | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79135129 | |
| CORREO ELECTRONICO: | tavofonseca29@gmail.com | | | | CELULAR: | 3143490887 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC ESPACIO DE VIVIENDA INSTITUCIONAL SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K27-2 | 100 | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | TIPO DE CUENTA: | AHORRO |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20596083062 | PENSIONADO | NO |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2401 | | | VIGENCIA | | 2023 | |
| NÚMERO DE CDP | 289 | FECHA | 2024-01-17 10:55:11.000 | NÚMERO DE CRP | 10051 | FECHA | 2024-01-17 11:59:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TECNICO AMBIENTAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2023-10-01 | | 2023-10-31 | | |
| 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: | $21,334,735 |
| VALOR EJECUTADO | $21,334,735 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,460,374 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8371154524 | $984,150 | $123,019 | $157,464 | 3 | $23,974 | $304,457 |

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

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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 Surcoccidente

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 proceso de implementación del plan de cuidado Institucional de los 40 Hogares Comunitarios de Bienestar familiar para el desarrollo de las acciones propuestas en cada una de las sesiones de los HCB de las localidades de Kennedy y Fontibón. | 1. Realizar proceso de implementación del plan de cuidado Institucional de los 40 Hogares Comunitarios de Bienestar familiar para el desarrollo de las acciones propuestas en cada una de las sesiones de los HCB de las localidades de Kennedy y Bosa En el mes de octubre se hacen las actividades de a los 40 HCB con su Mascota Verde y Yo | Formatos plan de cuidado Institucional, formato sesiones colectivas, Formato Mascota Verde, Actas de Socialización |
| 2. Dar cumplimiento al 100% de la meta establecida para la implementación del plan de cuidado institucional de los Hogares Comunitarios de Bienestar de las localidades de Kennedy y Fontibón garantizando los 40 hogares comunitarios priorizados. | 2. Dar cumplimiento al 100% de la meta establecida para la implementación del plan de cuidado institucional de los Hogares Comunitarios de Bienestar de las localidades de Kennedy y Bosa garantizando los 40 hogares comunitarios priorizados. | Formatos plan de cuidado Institucional, formato sesiones colectivas, Formato Mascota Verde, Actas de Socialización |
| 3. Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo | 3. Realizar verificación del 100% las rutas activadas para los menores de cinco años pertenecientes al HCB en donde se garantice la respectiva gestión del riesgo | Formato de Activación de ruta - Notificación vía Email |
| 4. Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC | 4. Notificación de eventos en interés en salud pública del proceso acorde a los riesgos identificados y SIRC | Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email |
| 5. Notificación de casos identificados de acuerdo a las necesidades de población abordada en los HCB. | 5. Notificación de casos identificados de acuerdo a las necesidades de población abordada en los HCB. | Diligenciamiento del formato correspondiente y envió vía email |
| 6. Reforzar en la líder de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores. | 6. Reforzar en la líder de las asociaciones y madres comunitarias de los HCB los deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud y de esta manera ser socializada a cuidadores de los menores. | Diligenciamiento de acta |
| 8. Entrega de Formatos de Plan de Cuidado Institucional con las implementaciones de las diferentes temáticas y fechas de ingreso correspondientes a los perfiles, se realiza el registro manteniendo la calidad de la información | 7. En el mes de octubre se programó actividad de reunión de padres de familia de las diferentes asociaciones de los HCB | No Aplica |
| 9. Se presentan actividades al 100% bajo la supervisión y revisión del profesional de apoyo con la calidad y en los tiempos esperados. Se asume 100% glosa si se determinan inconsistencias. | 8. Entrega de Formatos de Plan de Cuidado Institucional con las implementaciones de las diferentes temáticas y fechas de ingreso correspondientes a los perfiles, se realiza el registro manteniendo la calidad de la información | Formatos plan de cuidado Institucional, formato sesiones colectivas, Formato Mascota Verde, Actas de Socialización |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

ELIANA YASLEIDY PARDO PARRADO
52777157
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 10/2023

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

NIT: 900.959.048-4

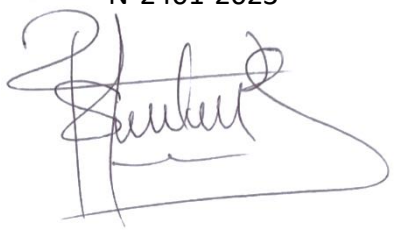
DEBE A:

GUSTAVO FONSECA MIRANDA

C.C. 79135129 BOGOTA D.C

La suma de $2,460,374 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL TRECIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL PESOS M/C) por concepto de servicios como Técnico Ambiental durante el periodo de 1 al 31 de octubre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios

N°2401-2023



GUSTAVO FONSECA MIRANDA

C.C.79135129

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 20596083062

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

**Señor(a):** GUSTAVO FONSECA MIRANDA
**No. Identificación:** CC79135129
**Dirección:** KR 138 17 D 20
**Telefono:** 3143490887
**Correo:** tavofonseca29@gmail.com
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8371154524

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | GUSTAVO FONSECA MIRANDA |
| **Tipo y número de identificación** | CC79135129 |
| **Número de planilla** | 8371154524 |
| **Fecha pago** | 2023-10-10 |
| **Número de autorización pago** | 27546955 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2023 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2023 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 359400 |
| **Total Intereses de Mora** | 500 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 28400 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 185800 | 1 |
| EPS002 | Salud Total EPS | 145200 | 1 |

8371154524

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 79135129
APELLIDOS Y NOMBRES: GUSTAVO FONSECA MIRANDA

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | 25-14 | 1160000 | 1160000 | 1160000 | 0 | 145000 | 0 | 185600 | 0 | 28300 | 0 |

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