| 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: | SAMUEL ABILIO MOSQUERA CAICEDO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 87940191 | |
| CORREO ELECTRONICO: | eldragonmosquera@gmail.com | | | | CELULAR: | 3504696415 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM ACTIVOS FIJOS USS 79 CARVAJAL | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU57R10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO AV VILLAS S A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 55707132 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 1825 | | | VIGENCIA | 2023 | | |
| NÚMERO DE CDP | 89 | FECHA | 2024-01-02 08:57:19.000 | NÚMERO DE CRP | 5653 | FECHA | 2024-01-17 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2024-01-01 | | 2024-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,633,601 | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | 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: | $19,603,212 |
| VALOR EJECUTADO | $19,603,212 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,633,601 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 7908048551 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
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 |
|---|---|---|
| Plaquetear los elementos devolutivos que ingresan al almacen asi como los que se encuentran en servicios de diferentes unidades | Plaquetizacion en los activos fijos registrados en la Subred Suroccidente | Placas de inventario en los bienes |
| Hacer recorridos por las diferentes areas para verificar que novedades que se presentan con respecto a los bienes de carácter devolutivo y de control, ya sea elementos que esten para dar de baja, nuevos ingresos, elementos que no esten usando y deseen trasladar. | Toma de información del elemento y el estado en que se encuentra. | Formato toma física |
| Realizar y gestionar las firmas de las diferentes actas(Reintegro, traslado, incorporacion) | Registro de información del elemento, firma de quien entrega el bien, firma de quien recibe el bien, lugar de origen del bien y lugar de destino del bien | Actas de Traslado, reintegro o incorporación |
| Realizar el levantamiento fisico de los bienes de propiedad, planta y equipo en las diferentes unidades prestadoras de servicios de salud de la Subred. | Registro de información del elemento con su ubicación actual de manera física | Formato toma física |
| Realizar el cruce entre los bienes registrados en la toma fisica que se estan adelantando contra los bienes existentes en el sistema con el fin de establecer sobrantes, faltantes y los traslados y ajustes que hayan lugar en las cuentas de propiedad planta y equipo. | Revisión de planillas físicas contra la información establecida en la base de datos | Formato toma física, base de datos |
| Apoyar y asesorar a los responsables de los bienes en servicio en los tramites respectivos para depurar los servicios de bienes inservibles u obsoletos que se encuentren en los mismos. | Informar y orientar de los procedimientos y normatividad en manejados en el área de Activos Fijos respecto al manejo de bienes. | Según Corresponda |
| Revisar y controlar los bienes almacenados en las bodegas de activos fijos e informar cualquier novedad que se presente. | Realizar registro de los bienes clasificados para baja. | Conceptos de baja, Base de datos |
| Trasladar fisicamente a las bodegas de inservibles los elementos devolutivos que sean entregados para la baja por las diferentes unidades y controlar que estos cuenten con sus respectivos soportes. | Realizar el registro del elemento con la información correspondientes y describir el concepto establecido para clasificar como elemento de baja | Registro de traslado, concepto de baja |
| Tramitar la legalizacion de los inventarios previamente generados en el sistema, | Realizar verificación aleatoria en las áreas administrativas y asistenciales de los inventarios registrados en la toma física | Formato de toma física |
| Generar, entregar y legalizar los inventarios individuales por area. | Realizar entrega de copia individual de inventario a las directores, jefes de servicio, líderes de centros asistenciales y supervisores administrativos y asistenciales | Formato de toma física |
| Cuidar y vigilar los documentos de la oficina, manteniendo organizado los documentos según las directrices de gestion documental. | Archivar, clasificar y organizar el archivo de gestión o histórico del área de activos fijos. | Archivo de gestión e histórico |

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
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

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 87940191 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | SAMUEL ABILIO MOSQUERA CAICEDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 139 N 142 T 23 | TELÉFONO: | 1000000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7908048551** | | 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): | | 2024/01/15 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 395951506 |

**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 |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 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 RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 28.300 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 28.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 28.300** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 28.300** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | 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 | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 87940191 | MOSQUERA CAICEDO SAMUEL ABILIO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 1.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 1.160.000 | $ 185.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 185.600 | EPS008-COMPENSAR | 30 | $ 1.160.000 | $ 145.000 | $ 0 | $ 145.000 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 1.160.000 | 87940191 | $ 28.300 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 358.900** |

Planilla Pagada

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**SAMUEL ABILIO MOSQUERA CAICEDO**

**C.C 87940191 DE  Tumaco**

La suma de $1.633.601, por concepto de: Honorarios durante el periodo del 1 al 31 de enero de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1825-2023.



**SAMUEL ABILIO MOSQUERA CAICEDO**

**C.C. 87940191 DE Tumaco**

**CUENTA DE AHORROS BANCO AV VILLAS**

**NUMERO 55707132**