| 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: | Juan David Quiroz Henao | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1233491524 | |
| CORREO ELECTRONICO: | juanquiroz_2497@hotmail.com | | | | CELULAR: | 6016365562 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC EDUCATIVO SALUD PUBLICA PIC FONTIBON | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO09K29 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24065165683 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4940 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2038 | FECHA | 2024-09-12 16:05:09.000 | NÚMERO DE CRP | 59055 | FECHA | 2024-09-13 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL EN INGENIERIA AMBIENTAL | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-08-01 | | 2024-08-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,998,070 | | | | |
| 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: | $20,789,964 |
| VALOR EJECUTADO | $20,555,294 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,998,070 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $234,670 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 78691172 | $1,599,228 | $199,904 | $255,876 | 3 | $38,957 | $494,737 |

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

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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 profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia | Se asiste a las mesas de entornose scolares de la localidad de Fontibón y Bosa<br>Se asiste a la mesa transversal ambiental convocada por el entorno de politicas<br>Se asiste a reuniones de articulación con OCE para la gestión de la creación del portafolio<br>Se realiza fortalecimiento de preauditoria<br>Se asiste a reunión con lo GESA del entorno políticas<br>Se realiza la creación prelimnar del portafolio de entidades | Acta de mesas locales<br>Acta de asistencia mesa transversal reuniones de articulación<br>Reunión preauditoria<br>Reunión de articulación Politicas-educativo<br>Portafolio de servicios |
| dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos | Se asiste a las Mesas de entornos Escolares de las localidades de Fontibón y Bosa<br>Se realiza el portfolio de servicios de los entornos de las localidades de la SSO<br>Se asisten a demás reuniones y espacio programados<br>Se asiste a la reunión de equipo mensual | Acta de asistencia<br>Portafolio de servicios<br>actas de articulación, acta de participación<br>CAL puente Aranda<br>Acta de reunión de equipo. |
| realizar seguimiento a menores de cinco años canalizados con identificación del riesgo establecidos en el plan de choque | Por la naturaleza de las acciones de la linea no se realiza actividad | no se presentan formatos. |
| realizar inducción a de demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS, notificar todos los eventos de interés en salud pública. | Durante la reunión de equipo llevada a cabo a inicios de mes se realizo la inducción a la demanda y seguimiento efectivo a canalizaciones donde se socializaron los cambios y las nuevas consideraciones del formato | Acta de assitencia reunión mensual |
| realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos, transmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud pública, realizar canalización de dos casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud | Por la naturaleza de las acciones comprendidas por la linea no se realiza dicha actividad, sin embargo, se realizan gestiones dentro de las MLEE en donde se trasladaron acciones de interes en salud pública para el colegio Villemar El Carmen | Acta MLEE extraordinaria agosto. |
| . informar a los individuos, familias y colectivos sobra sus deberes y derechos respectó a la seguridad social en salud, facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión, participar activamente en las jomadas de salud pública programadas por la sub red sur occidente | durante las acciones comprendidas se realiza el facilitamiento de la información en mención en la obligación | No se presentan formatos |
| seguimiento a las gestantes y menores de cinco años que presenten algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación | Por la naturaleza de las acciones comprendidas por la linea no se realiza dicha actividad. | No se presentan formatos |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos, realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espació | Se realiza la entrega física de los soportes "diarios de campo" | Soportes físicos diarios de campo |
| realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos, alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS | Se realiza la entrega dl cronograma mensual de acciones así como el diligenciamiento del plan de acción | Cronograma de actividades , plan de acción |
| asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub-Red Sur Occidente como de la SDS | Para el presente mes no se convocaron asistencias técnicas por parte de SDS o SSO | No se presentan formatos |
| asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista | No se presentan glosas para el presente mes | No se presentan formatos |
| velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes, muebles | Se vela por la integridad de la documentación a cargo | No se presentand formatos |
| pagar los aportes los aportes al sistema general de seguridad integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes | Se realiza el pago de las obligaciones sociales dentro del tiempo establecido | Planilla de pago. |
| dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos y protocolos institucionales. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades. | Se da cumplimiento a los lineamientos rectores del proceso | No se presentan productos. |
| Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrató de acuerdo al código del buen gobierno. | Se realiza obligación dentro de todas las acciones comprendidas para el mes | No se presentan formatos |
| Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación | No se realiza actividad para el presente mes | No se presentan productos |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

ISLENA TORRES ACOSTA
51840427
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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JUAN DAVID QUIROZ HENAO**

**C.C 1233491524 DE BOGOTÁ**

La suma de $3’998.070 (Tres millones novecientos noventa y ocho mil cero setenta pesos) por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS como PROFESIONAL UNIVERSITARIO II en PIC (Plan de intervenciones colectivas) de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE durante el periodo de 1 al 31 de agosto de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4940-2024.



**JUAN DAVID QUIROZ HENAO**

**C.C 1233491524 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 2406516583**

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | SOPORTE DE PAGO ABRIL.pdf | SOPORTE DE PAGO ABRIL.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE SURESCO 1 AL 30 DE MAYO 2024.pdf | CUENTA DE SURESCO 1 AL 30 DE MAYO 2024.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta suresoc Mayo 2024-completo.pdf | Cuenta suresoc Mayo 2024-completo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta de cobro abril 2024 completo.pdf | Cuenta de cobro abril 2024 completo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cuenta Suresoc Junio 2024-completo.pdf | Cuenta Suresoc Junio 2024-completo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Documento Julio Completo.pdf | Documento Julio Completo.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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 | 1233491524 | JUAN DAVID QUIROZ HENAO | CLLE 6A N 89 42 ET 3 | 3016522025 | QUICOQUIROZ@GMAIL.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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 09/08/2024 | 78691172 | $495.400 | |

## 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 | 200.000 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 200 | 0 | 200.200 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 200 | 0 | 256.100 | 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 | 39.000 | | | | 39.000 | 1 | 100 | 39.100 | | | 390 | 39.100 | 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 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 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 | 200.000 | 200.200 |
| Pensión | 1 | 255.900 | 256.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 39.000 | 39.100 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 494.900 | 495.400 |

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 | 1233491524 | JUAN DAVID QUIROZ HENAO | | CLLE 6A N 89 42 ET 3 | 3016522025 | QUICOQUIROZ@GMAIL.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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 09/08/2024 | 78691172 | $495.400 | |

## 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 | 1233491524 | QUIROZ HENAO JUAN DAVID | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 1.599.228 | 255.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.599.228 | 200.000 | 14-11 | 1.599.228 | 3 | 39.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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