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:	DANIEL CASTILLO CAICEDO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010178176	
CORREO ELECTRONICO:	dacascai@gmail.com				CELULAR:	3115334220	
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 DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870402924				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4622			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1665	FECHA	2024-07-10 15:54:04.000	NÚMERO DE CRP	42335	FECHA	2024-07-10 16:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	REFERENTE ENTORNO EDUCATVO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-06-01		2024-06-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$6,458,292						
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:	$28,847,038
VALOR EJECUTADO	$28,847,038
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,458,292
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
77750031	$2,583,317	$322,915	$413,331	3	$62,930	$799,175

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio 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
Elaboración y seguimiento del plan de cuidado escolar de la Subred Integrada de Servicios de Salud acorde a la estructura enviada por correo electrónico desde la Secretaria de Salud a cada una de las Subredes el cual deberá ser remitirlo al correo del entorno educativo los 5 días hábiles, posteriores al inicio de la vigencia. Así mismo mensualmente se deberán remitir al correo del entorno educativo los seguimientos al plan de cuidado escolar de la subred	• SE ELABORA PLAN DE CUIDADO ESCOLAR DEL MES DE JUNIO 2024	• CORREO ELECTRONICO NIVEL CENTRAL SDS
Participar en espacios de asesoría técnica convocados para este producto desde la Secretaría Distrital de Salud	• Participar en espacios de asesoría técnica convocados para este producto desde la Secretaría Distrital de Salud	• • SE ASISTE A LAS A.T CONVOCADAS POR LA SDS, ACTA DE REUNIÒN
Seguimiento y análisis a la ejecución programática y financiera: Realizar de forma permanente el seguimiento al cumplimiento financiero y programático de cada uno de los productos que integran las interacciones integrales e integradas de acuerdo a lo establecido en el plan de a de cuidado escolar	• REALIZAR INFORME DE GESTIÒN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL ENTORNO EDUCATIVO	• MATRIZ REPORTE PPP MES DE JUNIO 2024 • REPORTE CUENTAS DE COBRO COMO APOYO A LA SUPERVISION ENTORNO EDUCATIVO • REPORTE REPROGRAMACION ENTORNO EDUCATIVO
Seguimiento operativo de la estrategia Sintonizarte: Organizar los equipos de los profesionales para la implementación por localidades acorde a los establecimientos intervenidos, los cuales estarán acompañados por un profesional de apoyo. De igual forma deberá realizar el fortalecimiento de capacidades inducción y reinducción al talento humano del entorno cuidador educativo en aspectos administrativos	• VALIDACION MALLA PROGRAMATICA Y PRESUPUESTAL ENTORNO EDUCATIVO	• VALIDACION MALLA PROGRAMATICA Y PRESUPUESTAL ENTORNO EDUCATIVO • • SE REALIZA LA CORRESPONDIENTE ORGANIZACION DE EQUIPOS DE ACUERDO A LA PROGRAMACION DE LAS INSTITUCIONES
Reuniones de articulación local: Participación activa en los espacios convocados de forma presencial o virtual con las direcciones locales de educación y las subdirecciones locales de integración social, con el fin de posicionar las acciones del entorno cuidador educativo.	• PARTICIPAR EN REUNIONES DE MESA SSR, MESA DIRECCION LOCAL, MESA LOCALES SDS	ACTA DE REUNION QUE REPOSA EN CUSTODIA DE MLC, MESA SSR
Consolidación y reporte de información: Consolidación y diligenciamiento del tablero de control para el reporte a los diferentes proyectos de inversión en la herramienta establecida por la SDS, de igual forma deberán realizar el proceso de pre-auditoria de los formatos de captura del entorno educativo acorde a la estructura emitida desde la Secretaria de Salud.	• Consolidación y reporte de información: Consolidación y diligenciamiento del tablero de control para el reporte a los diferentes proyectos de inversión en la herramienta establecida por la SDS, de igual forma deberán realizar el proceso de pre-auditoria de los formatos de captura del entorno educativo acorde a la estructura emitida desde la Secretaria de Salud.	• SE REALIZA CONSOLIDACION DE LA INFORMACION DE ACUERDO A LOS PROYECTOS DE INVERSION • • • REPORTE DRIVE SEMANAL ACCIONES ENTORNO EDUCATIVO
Consolidar el informe de gestión del entorno cuidador educativo de acuerdo a estructura definida por SDS.	• • VALIDACION MALLA PROGRAMATICA Y PRESUPUESTAL ENTORNO EDUCATIVO • • • REALIZAR INFORME DE GESTIÒN FINANCIERA Y PRESUPUESTAL ENTORNO EDUCATIVO	• ENVIO INFORME DE GESTION PROFESIONAL FINANCIERO PSPIC • VALIDACION INFORME GESTION DE MANERA MENSUAL
Participar en el Comité Bimensual de SSR - SMI con participación de líder de SSR-SMI de VSP. PIC, referente de P y D, Cohorte Materno, referente de la Estrategia de Transmisión materno infantil de ITS, entornos cuidadores, referentes de las SISS para el Convenio Interadministrativo con DAEPDSS, referente de gestión de programas y los demás actores que por pertinencia considere el comité, para el análisis conjunto del comportamiento de los indicadores en la subred. En este espacio los referentes de VSP presentaran en los comités el comportamiento de los eventos de SSR y SMI (mortalidad materna, morbilidad materna extrema, mortalidad perinatal, ITS gestacional, infecciones de transmisión materno infantil, embarazo adolescente) y las alertas epidemiológicas que haya a lugar con el fin de orientar y evaluar las acciones y su impacto sobre la salud materno perinatal y salud sexual y reproductiva. Adicionalmente, se evaluará la implementación en la RIAS de atención materno perinatal y la RIAS de Promoción y mantenimiento de la salud, así como la atención poblacional y diferencial en los Servicios Integrales de Salud para Adolescentes y Jóvenes (SISAJ) e implementación de IVE Farmacológica en los mismos.	• PARTICIPACION MESA SSR	• ACTA DE REUNIÒN

Copia Certificada Subred Suroccidente

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:

DANIEL CASTILLO CAICEDO

C.C. 1010178176 DEBOGOTA

La suma de $ 6’458.292 (SEIS MILLONES CUATROCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS MCTE) por concepto de Actividades como Referente Entorno Educativo durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **4622-2024**



DANIELCASTILLO CAICEDO

C.C1010178176 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS

BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 4870402924

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		
☐	Febrero 2024.pdf	Febrero 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Marzo 2024.pdf	Marzo 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Abril 2024.pdf	Abril 2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2024.pdf	MAYO 2024.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	1010178176	DANIEL CASTILLO CAICEDO	CARRERA 51 No. 38 - A 12 SUR	7285295	DACASCAI@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	
2024-05	2024-05	I	20/06/2024	77750031	$851.100	

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	323.000	0		0		0	0	0	0	323.000	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	413.400	0	0	0	0	0	0		413.400	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	63.000				63.000	0	0	63.000			630	63.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	51.700	0	0	51.700	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	323.000	323.000
Pensión	1	413.400	413.400
Riesgos Laborales	1	63.000	63.000
CCF	1	51.700	51.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	851.100	851.100

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	1010178176	DANIEL CASTILLO CAICEDO		CARRERA 51 No. 38 - A 12 SUR	7285295	DACASCAI@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	
2024-05	2024-05	I	20/06/2024	77750031	$851.100	

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	1010178176	CASTILLO CAICEDO DANIEL	59	0			N																	25-14	2.583.350	413.400	0	0	0	0	EPS008	2.583.350	323.000	14-11	2.583.350	3	63.000	CCF24	2.583.350	51.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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