DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

WALTER LOZANO GUTIERREZ

C.C 1073678729 DE SOACHA (CUND)

La suma de (dos millones cuatrocientos sesenta mil trescientos setenta y cuatro pesos m/cte)($**2.460.374**), por concepto de servicios como TÉCNICO 2 en el entorno Hogar, durante el periodo de **1** al **30** de **septiembre de 2024**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **1167-2024.**

WALTER LOZANO GUTIERREZ

C.C 1073678729 DE SOACHA (CUND)

CUENTADE AHORROS BANCOLOMBIA

NÚMERO **525-000017-33**

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes SEPTIEMBRE y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

_____

ADRIANA GINNETT MARIÑO URREGO
Apoyo a la supervisión
Entorno Hogar

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

blank

○ 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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	WALTERLOZANOG-FEBRERO-1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-FEBRERO-1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-MARZO-1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-MARZO-1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-ABRIL-1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-ABRIL-1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-MAYO-1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-MAYO-1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-JUNIO1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-JUNIO1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-JULIO-1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-JULIO-1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-AGOSTO-1167-2024.pdf	WALTERLOZANOG-AGOSTO-1167-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	WALTERLOZANOG-AGOSTO-1167-2024 (SEGUNDA).pdf	WALTERLOZANOG-AGOSTO-1167-2024 (SEGUNDA).pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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

Señor(a): WALTER LOZANO GUTIERREZ
No. Identificación: CC1073678729
Dirección: KR 13 C 18 36 SUR
Telefono: 6018213130
Correo: lozanogutierrezwalter@gmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8380200561

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	WALTER LOZANO GUTIERREZ	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1073678729	**Periodo de Cotización Salud**	agosto de 2024
Número de planilla	8380200561	**Periodo de Cotización Pensión**	agosto de 2024
Fecha pago	2024-09-12	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	74092327	**Total Pagado**	403200
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	1000

PAGADA
8380200561

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	31800	1
230301	Porvenir	208500	1
EPS005	Sanitas EPS	162900	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1073678729
APELLIDOS Y NOMBRES: WALTER LOZANO GUTIERREZ

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
EPS005	230301	1300000	1300000	1300000	0	162500	0	208000	0	31700	0

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	1073678729	WALTER LOZANO GUTIERREZ	KR 13 C 18 36 SUR	6018213130	lozanogutierrezwalter@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8380200561	12/09/2024				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08	N	18/09/2024	80307325	$76.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	30.800	0		0		0	9	300	0	31.100	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
230301	Porvenir	800224808-8	39.400	0	0	0	0	9	300	0	39.700	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	6.000				6.000	9	100	6.100			60	6.100	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	9	0	0	0
ICBF				
0	9	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	30.800	31.100
Pensión	1	39.400	39.700
Riesgos Laborales	1	6.000	6.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	76.200	76.900

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	1073678729	WALTER LOZANO GUTIERREZ		KR 13 C 18 36 SUR	6018213130	lozanogutierrezwalter@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
8380200561	12/09/2024	N	18/09/2024	80307325	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-08	2024-08				$76.900	

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	1073678729	LOZANO GUTIERREZ WALTER	57	0			N																	230301	1.546.037	247.400	0	0	0	0	EPS005	1.546.037	193.300	14-11	1.546.037	3	37.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	WALTER LOZANO GUTIERREZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1073678729	
CORREO ELECTRONICO:	LOZANOGUTIERREZWALTER@GMAIL.COM				CELULAR:	9003298	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC ESPACIO DE VIVIENDA HOGAR SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K27-1	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	52500001733				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1167			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	2161	FECHA	2024-10-03 12:31:24.000	NÚMERO DE CRP	60772	FECHA	2024-10-07 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO ADMINISTRATIVO						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2024-09-01		2024-09-30			
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:	$19,067,899
VALOR EJECUTADO	$19,067,899
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
8380200561-80307325	$984,150	$123,019	$157,464	3	$23,974	$304,457

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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 técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la SUBRED SUR OCCIDENTE y la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.	Depuración de bases en Excel.	Base de datos en Excel.
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.	Se digita la información necesaria en archivos compartidos en Drive, en tiempo real y con su respetiva calidad.	Archivo Drive.
Desarrollo de acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.	Digitación oportuna en las distintas bases, copia y respaldo de las bases utilizadas.	Archivos planos de respaldo de cada una de las bases utilizadas.
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las jornadas locales y distritales de promoción de la salud de acuerdo al cronograma definido por la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.	Participar en las diferentes jornadas que la subred designe.	Informes y bases.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud.	Revisión de correos de canalizaciones para sus respectivas respuestas dentro de los tiempos asignados y establecidos.	Entrega de drive de canalizaciones.
Desarrollo de Acciones individuales y/o colectivas, jornadas y demás acciones requeridas por el Espacio Público.	Realizar retroalimentación con profesionales de apoyo referente a los hallazgos encontrados en las problemáticas de salud.	Soportes en medio magnético.
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD.	Reunión para validación en calidad de lo digitado.	Soporte magnético.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorias del referente del espacio asignado.	Asistir de manera oportuna a las reuniones estipulas por la SDS.	Presentar bases de datos consolidadas generadas desde el entorno.
Participar en el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	Alistamiento de información para la pre auditoria.	Entrega de bases de datos con calidad pertinente.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Se realizan informes, registros cruzados según necesidades de líderes y apoyos.	Archivos planos.
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	Se realizan informes, registros cruzados según necesidades de líderes y apoyos.	Archivos planos.

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez
20888182
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