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:	Jefersson German Saavedra Camacho						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1001344416	
CORREO ELECTRONICO:	jeferssonsaavedra93@gmail.com				CELULAR:	3027409248	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PIC PROGRAMAS Y ACCIONES SALUD PUBLICA PIC FONTIBON				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO09K26	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	143285252					PENSIONADO	NO

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

NÚMERO DE CONTRATO	1968			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2161	FECHA	2024-10-03 12:31:24.000	NÚMERO DE CRP	61299	FECHA	2024-10-07 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MENSAJERO CON MOTO PIC						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-10-01		2024-10-15		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,230,187				
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:	$20,913,180
VALOR EJECUTADO	$1,230,187
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,230,187
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$19,682,993
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	6%

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
79485953	$908,526	$113,566	$145,364	4	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Octubre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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
1, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, Y de apoyar la implementación de los mismos	se realizan las actividades asignadas, los respectivos seguimientos de la localidad de kennedy	se realizan las actividades asignadas, los respectivos seguimientos de la localidad de kennedy
2. Apoyar a la SUBRED en las actividades que demande según requerimientos ínter institucionales y extra institucionales	se apoyan las actividades asignadas	se apoyan las actividades asignadas
3. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la SUBRED	se realizan planillas de recorridos realizados en el mes	se diligencian planillas de los recorridos realizados
4. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se entrega planilla de afiliación del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.	se entrega planilla de afiliación
5. Mantener disponibilidad permanente en el teléfono móvil de manera que pueda mantener un contacto permanente	se mantiene disponibilidad en teléfono móvil, disposicion a cualquier llamado	se esta pendiente a cualquier llamado que realiza el supervisorse registran los recorridos asignados
6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	se registran los recorridos asignados	se registran los recorridos asignados
7. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarle al supervisor del contrato para la certificación del cumplimiento	se entrega planilla de los días laborados	se entrega planilla de los diferentes recorridos asignados
8.Participar en las jornadas de capacitación, inducción reuniones y eventos a los cuales se ha convocado	asistio a las reuniones según programacion y soporte en listados de asisitencia	se asiste a las respectivas reuniones de la subred sur occidente
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	se notifican las fallas para el mejoramiento continuo	se notifican las fallas para el mejoramiento continuo
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demás de apoyar la implementación de los mismos	Se realiza absoluta reserva de la informacion que se da a conocer en el desarrollo de las actividades.	se asiste a recorridos asignados de la localidad de kennedy
11.realizar los recorridos necesarios para garantizar el seguimiento de la población objeto del programa PAI	Se realizan los recorridos a las visitas asignadas por el grupo de la cohorte	se cumple con las visitas asiganadas
12. Realizar los recorridos en compañía de un vacunador de la SUBRED	se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora	se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora
13. Realizar los desplazamientos necesarios solicitados por el supervisor	en el mes se realizan las visitas asignadas en la SUBRED	en el mes se realizan las visitas asignadas en la SUBRED
14. Realizar las demás actividades que le sean asignadas por los que ejercen el control de ejecución del contrato acordes con el objeto	Se aplico los lineamientos del programa en el desarrollo de mis actividades durante el mes	Se laboro oportunamente dando cumplimiento a las visita
15. Participar activa y pro activamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación que apunta al mejoramiento continuo de la entidad	se realizan las actividades asignadas	se realizan las actividades asignadas

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
1022336479
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

DOCUMENTOEQUIVALENTE AFACTURA

LA SUBREDINTEGRADADESERVICIOS DESALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JEFERSSON GERMAN SAAVEDRA CAMACHO

C.C 1001344416 DE BOGOTA

La suma de Millón doscientos treinta mil ciento ochenta cite pesos $1,230,187, por concepto de servicios como TECNICO 1- MENSAJERO CON MOTO en el Componente GPAISP, durante el periodo de 1 al 15 de Octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1968-2024

Jefersson Saavedra

JEFERSSON GERMAN SAAVEDRA CAMACHO

C.C 1001344416 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCODEBOGOTA

NUMERO 143285252

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes 10 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

CHRISTIAN ACERO AMAYA.

CHRISTIAN MAURICIO ACERO AMAYA
Apoyo a la supervisión
Componente GPAISP

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	1001344416	JEFERSSON GERMAN SAAVEDRA CAMACHO	Calle 58 i bis sur 78 45	3027409248	jeferssonsaavedra93@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	11/10/2024	80977188	$372.500	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	208.000	0	0	0	0	7	1.100	0	209.100	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										

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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.100
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	370.500	372.500

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
CC	1001344416	JEFERSSON GERMAN SAAVEDRA CAMACHO		Calle 58 i bis sur 78 45	3027409248	jeferssonsaavedra93@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	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
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	11/10/2024	80977188	$372.500	

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	1001344416	SAAVEDRA CAMACHO JEFERSSON GERMAN	3	0			N																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPSC34	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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