9 575

| 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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | x | C.E | | NO. | 80,492,427 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | NO POSEO | | | | CELULAR: | 3118277544 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | Administrativa | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SU37 | | Administrativa | | SEDE: | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | R35 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7380600424 | | | | | | | | | | PENSIONADO | No |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2993 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8DE 8 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1415 | FECHA | 22/08/2018 | NÚMERO DE CRP | 38658 | FECHA | 31/08/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Mensajero Motorizado | | | | | | | | |

| | | DIA | MES | AÑO | | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | 1 | 9 | 2018 | HASTA | 31 | 8 | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.562.000 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | |

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: | $12.496.000 |
| VALOR EJECUTADO | $12.496.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.562.000 |
| 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 **$1.844.293**, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8329680669 | $781.242,00 | $97.700 | $125.000 | 4 | | **$222.700** |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de septiembre del año Dos Mil Dieciocho(2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

Martin Alfonso Rodriguez L
Nombre y Firma DEI

Jorge Ramirez
JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA
Nombre y Firma del CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | **INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS** | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| **Ubicación del Servicio:** | GESTION DOCUMENTAL | | **Sede:** | **ADMINISTRATIVA** | **Asdingo** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 2993 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 9 | 2.018 | | 31 | 9 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA | | **C. C.** | 80,492,427 | | | **DE** | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subodridnacion ni relacion laboral alguna prestara sus servicios de conocimiento como MENSAJERO de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x__ NO ____**
**Servicios: SI X NO**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Recepcion y distribucion de correspondencia en las distintas areas de la subredsuroccidente | si | Recepcion y distribucion de correspondencia de las distintas areas del hospital | Distribucion de correspondencia (respuestas y quejas ) |
| Radicacion de cuentas del area de facturacion | si | Radicacion de cuentas del area de facturacion | Radicacion de Facturas Ecopsos y neuva eps |
| Realizar los pagos de aportes parafiscales de la entidad | si | Realizar los pagos de aportes parafiscales de la entidad | llevar correspondencia a entes de control |
| Realizar los pagos de servicio de la subredsuroccidente | si | Realizar los pagos de servicio de la subredsuroccidente | Llevar y recoger correspondencia en las diferentes unidades |
| Consolidacion de informacion sobre la gestion del area para la implementacion de correctivos | si | Consolidacion de informacion sobre la gestion del area para la implementacion de correctivos | Cargue y descargue de papeleria |
| Prestar el servicio de mensajeria que le sea asignado de acuerdo a las intrucciones recibidas | si | Prestar el servicio de mensajeria que le sea asignado de acuerdo a las intrucciones recibidas | Llevar registro fotografico de las viviendas en las cuales se les lleva correspondencia |
| Distribuir la correspondencia y demas documentos de la entidad | si | Distribuir la correspondencia y demas documentos de la entidad | Radicar los respectivos derechos de peticion y tutelas de la institucion y demas documentos asignados. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.562.000. Un millon quinientos sesenta dos mil pesos M/c**

| | |
|---|---|
| JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA<br>C.C. 80,492,427 | MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO |

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

ARL | sura

Medellín, 19 de septiembre de 2018

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A.**

## CERTIFICA:

Que JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA identificado(a) con cédula de ciudadanía 80492427 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 01/01/2017 **Fecha fin cobertura:**

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE** |
|---|
| **SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048** |
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**<br>3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL<br>**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%<br>**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000008 - OPERATIVO OPS CR 4<br>**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4,35%<br>**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**<br>4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP |

| **INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA** |
|---|
| **ACTIVIDAD ECONÓMICA:**<br>4603901 - EMPRESAS DEDICADAS A OTROS TIPOS DE TRANSPORTE NO REGULAR DE PASAJEROS NCP<br>**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4603901<br>**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4,35% |

**Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C804924271826244048

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE RIESGOS LABORALES SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 19/09/2018 12.14 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**
**NIT 800.144.331-3**

**CERTIFICA QUE:**

El(la) Señor(a) **JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA**, identificado(a) con Cédula de Ciudadania **80,492,427**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR Y AL FONDO DE CESANTIAS PORVENIR**

La presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 19 días del mes de Septiembre de 2018.

Gerente de Clientes

compensar

**LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
**COMPENSAR EPS**
**NIT 860.066.942-7**

## HACE CONSTAR

Que el(la) señor(a) JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA identificado(a) con cedula ciudadania 80.492.427 , se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

| Fecha Afiliación | Fecha Retiro |
|---|---|
| 20030423 | No Registrada |

Beneficiarios:

| Nombre Beneficiario | Paren. | Identificación | Tipo de Identificación | Fecha de Afiliación | Fecha de Retiro | Estado Afiliación | Semanas Cotizadas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JEFERSON RAMIREZ CASTAÑEDA | HI | 1012462587 | CC | 20080122 | 0 | Activo | 596 |

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 18 días del mes de Septiembre de 2.018

**Observaciones:**

**Con destino a:**
A QUIEN INTERESE

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea 4441234- Documento no válido como autorización de Traslado - No es válido para aclarar situación de Duplicidad en el SGSSS. Semanas de Cotización según LEY 1122/07.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: CAROL ANDREA CACERES
10149898

CER-AFI



Avenida Calle 26 No. 66A - 48
Central telefónica - 4441234
www.compensar.com

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualizacion: 07-sep-2018

## 1 DATOS PERSONALES

| *PRIMER APELLIDO* | *SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)* | *NOMBRES* |
|---|---|---|
| RAMIREZ | GARCIA | JORGE ISIDRO |

*DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN*: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 80492427

*SEXO*: F ( ) M (X)

*NACIONALIDAD*: COL (X) EXTRANJERO ( )

*LIBRETA MILITAR*: PRIMERA CLASE (X) SEGUNDA CLASE ( ) NUMERO 80492427 D.M 55

*FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO*

FECHA DIA 28 MES JUL AÑO 1973

PAÍS Colombia

DEPTO Cundinamarca

CIUDAD Facatativá

*DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA*

Cra 95 bis # 128 b - 52

PAÍS Colombia DEPTO Bogotá D.C.

CIUDAD Bogotá D.C. TELEFONO 3118277544

EMAIL isidroramirez2017@hotmail.com

## 2 FORMACIÓN ACADÉMICA

***EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA***

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o A 6o DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o A 11o DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

| *EDUCACIÓN BASICA* | | | | | | | | | | | *TITULO* BACHILLER ACADEMICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| *PRIMARIA* | | | | | *SECUNDARIA* | | | | *MEDIA* | | *FECHA DE GRADO* |
| *1°.* | *2°.* | *3°.* | *4°.* | *5°.* | *6°.* | *7°.* | *8°.* | *9°.* | *10°.* | *11°.* | MES DICIEMBRE AÑO 2006 |
| | | | | | | | | | | X | |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Ultima Actualización: 07-sep-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

***EMPLEO O CONTRATO***

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE | X | | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| 7560505 | DIA 1 MES 3 AÑO 2009 | DIA MES AÑO |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| MENSAJERO | ADMINISTRATIVO | CALLE 9 N° 39 - 42 |

***EMPLEO O CONTRATO***

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA ACTIVA | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | colombiaactiva@yahoo.es |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DIA 1 MES 3 AÑO 2009 | DIA 30 MES 4 AÑO 2009 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| MENSAJERO | ADMINISTRATIVO | TRANSVERSAL 25No. 57 12 |

***EMPLEO O CONTRATO***

| *EMPRESA O ENTIDAD* | *PÚBLICA* | *PRIVADA* | *PAÍS* |
|---|---|---|---|
| FENIX SALUD | | X | Colombia |

| *DEPARTAMENTO* | *MUNICIPIO* | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD* |
|---|---|---|
| Bogotá D.C. | Bogotá D.C. | |

| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO* | *FECHA DE RETIRO* |
|---|---|---|
| | DIA 20 MES 9 AÑO 2008 | DIA 28 MES 2 AÑO 2009 |

| *CARGO O CONTRATO* | *DEPENDENCIA* | *DIRECCIÓN* |
|---|---|---|
| MENSAJERO | ADMINISTRATIVO | CRA 100No. 18 59 LOCAL 149 |

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

Última Actualización: 07-sep-2018

## 3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: COOP INTRA SALUD | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: www.coopintrasalud.net | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DIA 3 MES 5 AÑO 2005 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 30 MES 9 AÑO 2008 | |
| *CARGO O CONTRATO*: MENSAJERO | *DEPENDENCIA*: ADMINISTRATIVO | *DIRECCIÓN*: CLL 141No. 45 51 | |

| *EMPLEO O CONTRATO* | | | |
|---|---|---|---|
| *EMPRESA O ENTIDAD*: SIGLO DATA | *PÚBLICA*: | *PRIVADA*: X | *PAÍS*: Colombia |
| *DEPARTAMENTO*: Bogotá D.C. | *MUNICIPIO*: Bogotá D.C. | *CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*: siglodata@cable.net.co | |
| *TELÉFONOS* | *FECHA DE INGRESO*: DIA 9 MES 7 AÑO 2003 | *FECHA DE RETIRO*: DIA 31 MES 10 AÑO 2004 | |
| *CARGO O CONTRATO*: MENSAJERO | *DEPENDENCIA*: ADMINISTRATIVO | *DIRECCIÓN*: TRANSVERSAL 15No. 115 36 | |

## 4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NUMERO DE AÑOS Y MESES

| *OCUPACIÓN* | *TIEMPO DE EXPERIENCIA* | |
|---|---|---|
| | *AÑOS* | *MESES* |
| PUBLICO | 9 | 6 |
| PRIVADO | 5 | 3 |
| PARTICULAR | 0 | 0 |
| TOTAL | 14 | 9 |

## 5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE SI ___ NO ___ ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS, EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE CONTRATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

FORMATO ÚNICO

# HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

*ENTIDAD RECEPTORA*

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

SIDEAP

SISTEMA DE INFORMACIÓN DISTRITAL DEL EMPLEO Y LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Última Actualización: 07-sep-2018

*Ciudad y fecha del diligenciamiento*

Jorge Ramirez Garcia

*FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA*

## 6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

*Ciudad y fecha*

*NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*