

 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:			John Wilson Garzon Rozo						
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80374261	
CORREO ELECTRONICO:			federicodiez72@yahoo.es			CELULAR:		3144021105	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			PIC COORDINACION CONVENIOS SALUD PUBLICA PIC FONTIBON			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	FO09K33-6	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24088250818				PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		7186			VIGENCIA			2024	
NÚMERO DE CDP	2354	FECHA	2024-11-13 16:04:13.000		NÚMERO DE CRP	69997	FECHA	2024-11-15 22:16:25.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MENSAJERO CON MOTO PIC							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-12-01			2024-12-01		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$80,229					
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:						\$3,690,561			
VALOR EJECUTADO						\$3,690,561			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$80,229			
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	
81811453	\$1,017,668	\$127,209		\$162,827		4	\$24,790	\$314,826	
Dado en Bogotá a los un(1) días del mes de Diciembre 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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demás de apoyar la implementación de los mismos	Se realizan las actividades asignadas	Se asiste a recorridos asignados
2. Apoyar a la SUBRED en las actividades que demande según requerimientos inter institucionales y extra institucionales	Se apoyan las actividades asignadas	Se asiste a 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	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	Se esta pendiente a cualquier llamado que realiza el supervisor
6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio	Se registran los recorridos asignados	Se entrega planilla de recorridos
7. Elaborar informe mensual sobre+A20:P26 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 reciben por parte del jefe inmediato EPP por la contingencia	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	Se participa en las reuniones convocadas	Se asiste a las respectivas reuniones
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	Notificar fallas
10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demás de apoyar la implementación de los mismos	Se realizan las actividades asignadas	Se asiste a recorridos asignados
11. Realizar los recorridos necesarios para garantizar el seguimiento de la población objeto del programa PAI	Se realizan los recorridos a las visitas asignadas	Se cumple con las visitas asignadas
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 de DICIEMBRE se realizan las visitas asignadas en la SUBRED	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 asiste a las visitas de la SUBRED	Se laboro oportunamente dando cumplimiento a las visitas
15. Participar activa y proactivamente 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 realizaron las actividades asignadas por el supervisor

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.

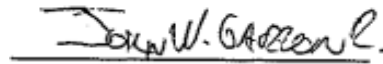
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE
NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JOHN WILSON GARZON ROZO
C.C 80374261 DE BOGOTÁ

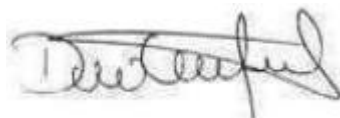
La suma de Ochenta Mil Doscientos Veintinueve Pesos Mcte \$ 80.229, por concepto de servicios como Técnico 1- Mensajero con Moto en el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el día 01 de diciembre 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 7186-2024



JOHN WILSON GARZON ROZO
C.C 80374261 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL
NUMERO 24088250818

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al 01 de diciembre y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



DIANA CAROLINA DAZA MARTINEZ
Apoyo a la supervisión
Programa Ampliado de Inmunizaciones

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80374261	JOHN WILSON GARZON ROZO		KR 87 A No. 6 A 15 TORRE 11 DEPARTAMENTO 100	3144021105	FEDERICODIEZ72@YAHOO.E S
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81064038	\$370.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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

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 ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
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	370.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80374261	JOHN WILSON GARZON ROZO		KR 87 A No. 6 A 15 TORRE 11 DEPARTAMENTO 100	3144021105	FEDERICODIEZ72@YAHOO.E S
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD 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
					10
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-10	2024-10	I	12/11/2024	81064038	\$370.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres							Cotizante	Subjugo	Exonerado	Código exterior Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	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	80374261	GARZON ROZO JOHN WILSON							3	0		N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	162.500		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA