

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012405932	OSCAR IVAN GOMEZ REYES		carrera 87 h 69 a 55 sur	3005580981	oigomez1012@gmail.com
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82060225	\$428.200
TOTAL A PAGAR					

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	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
230301	Porvenir	800224808-8	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	26.000	0
						0	0
						26.000	26.000
						0	0
						26.000	26.000

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1012405932	OSCAR IVAN GOMEZ REYES		carrera 87 h 69 a 55 sur	3005580981	oigomez1012@gmail.com
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	09/12/2024	82060225	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	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	1012405932	GOMEZ REYES OSCAR IVAN	59	0		N																			230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS017	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

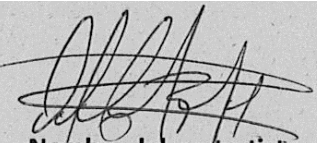
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

OSCAR IVAN GOMEZ REYES

C.C 1.012.405.932

La suma de. **\$ 2.646.970**, por concepto de: Prestación de servicios de salud como apoyo a la gestión administrativa / o asistencial, en la oficina de cuentas de pagar durante el periodo **del 01 de DICIEMBRE al 31 DICIEMBRE 2024** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **610-2024.**



Nombre del contratista
OSCAR Ivan Gomez Reyes
C.C 1012405932 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS BANCO de Bogotá
NUMERO 143119089

 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:				OSCAR IVAN GOMEZ REYES					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.		1012405932
CORREO ELECTRONICO:				oigomez1012@gmail.com			CELULAR:		3005580981
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				ADM CUENTAS POR PAGAR SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO			SEDE:		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	SU37R27	100							
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				143119089				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		610				VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2622	FECHA	2024-12-13 07:35:22.000		NÚMERO DE CRP	77183	FECHA	2024-12-15 22:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:									
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-11-01			2024-11-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2,646,970					
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo			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:						\$25,902,857			
VALOR EJECUTADO						\$25,902,857			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,646,970			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$0			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%			
El intervector 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		
81247550	\$1,058,788	\$132,349		\$169,406	3	\$25,792	\$327,547		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.									
EIBER HERNAN QUIROGA GARCIA 17346418 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
Revisión y confirmación de cuentas OPS en el aplicativo SURESOC.	SURESOC. Verificar que tenga el presupuesto Del contratista correspondiente al periodo a cobrar, verificar numero de contrato en el documento equivalente y el aplicativo suresoc, realizar verificación de los datos personales (nombres, apellidos, número de identificación) en el aplicativo y documetno equivalente, se realiza verifiacion del pago de seguridad social que este acorde al periodo inmediatamente pago	1350
Revisión y confirmación de cuentas OPS en el aplicativo DINAMICA.	Realizar la causación de los impuestos, revisión de la información personal, verificación del contrato vigente, y el cargue presupuestal.	1000
Revisar la liquidación de impuestos, los soportes contractuales y soportes presupuestales de las facturas de almacén.	Se verifica que los impuestos esten causados acorde al regimen contribuyente del proveedor, se verifica que la factura tenga los debidos soportes de acuerdo a los estipulado en la institución y leyes tributarias vigentes.	450
Generar estados de cuentas de proveedores y contratistas.	Se verifica que los impuestos esten causados acorde al regimen contribuyente del proveedor, se verifica que la factura tenga los debidos soportes de acuerdo a los estipulado en la institución y leyes tributarias vigentes.	De acuerdo a solicitud requerida
Apoyar el proceso de archivo físico del área.	Imprimir el comprobante contable, la cuenta por pagar, verificar que cuenta con los requisitos establecidos por la entidad, verificar que cuente con los soportes requeridos.	500
Mantener actualizada la plataforma SURESOC en el proceso de OPS.	Mantener actualizada la plataforma SURESOC en el proceso de OPS	1350
Demás actividades que sean asignadas por la coordinación del área	Alistar la muestra solicitada por revisoría fiscal	250

EIBER HERNAN QUIROGA GARCIA
17346418
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