# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-12-10, 01:58:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068105261

**Periodo Cotización:** noviembre de 2024 **Periodo Servicio:** noviembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8838105210

## PAGADO 10/12/2024

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | HAIR ALBEIRO HOYA ROMERO | | |
| **Documento** | CC1054658747 | **Dirección** | CL 15A #01 - 32 LAS VILLAS |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3046758068 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | SOACHA | **Departamento** | CUNDINAMARCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | NINGUNA ARP |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1054658747 | HAIR ALBEIRO HOYA ROMERO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.300.000 | $ 208.000 | (EPS010) EPS SURA | $ 1.300.000 | $ 162.500 | 0,000 | $ 0 | $ 0 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.300.000 | $ 1.300.000 | $ 0 | $ 0 | $ 208.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 370.500 | $ 0 | $ 370.500 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE**

**LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**

**E.S.E. NIT: 900.959.048-4**

**DEBEA:**

**HAIR ALBEIRO HOYA ROMERO**
**C.C:1.054.658.747 MACANAL -BOYACA**

La suma de **$ 884.867 OCHOCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS** por concepto de prestación de servicios como **CONDUCTOR DE UBA MOVIL** durante el periodo de 01/12/2024 al 15/12/2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3145-2024



**HAIR ALBEIRO HOYA ROMERO**

**C.C:1.054.658.747 MACANAL – BOYACA**

**CUENTA DE AHORROSBANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO24110261241**

| 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: | Hair Albeiro Hoya Romero | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1054658747 | |
| CORREO ELECTRONICO: | hairhoya@gmail.com | | | | CELULAR: | 3046758068 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | BO37A10 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL S.A. | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24110261241 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3145 | | | VIGENCIA | 2024 | | |
| NÚMERO DE CDP | 2508 | FECHA | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP | 72656 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | APOYO DE TRANSPORTE ADMINISTRATIVO - CONDUCTOR I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-12-01 | | 2024-12-15 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $884,867 | | | |
| 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: | $18,582,291 |
| VALOR EJECUTADO | $18,582,291 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $884,867 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1068105261 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 4 | $22,132 | $281,062 |

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 |
|---|---|---|
| Conducción del vehículo asignado al área | Se tiene a cargo la unidad móvil con placas OJX 044 | Se conduce el vehículo asignado. |
| Mantener el vehículo en Optimas condiciones de aseo y funcionamiento | Realizar la respectiva limpieza del vehículo y mantenerlo en optimas condiciones de funcionamiento. | Vehículo en adecuadas condiciones de aseo y funcionamiento. |
| Solicitar el mantenimiento preventivo y correctivo que sea necesario | Realiza la solicitud para el mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo | Realiza la solicitud para el mantenimiento preventivo y correctivo del vehículo |
| Informar el vencimiento de los seguros y de mas documentos del vehículo | Verificar la fecha de vencimiento de los seguros y otra documentación del vehículo. | Seguro del vehículo y demás documentos se encuentran al día. |
| puntualidad en las actividades programadas por la Subred | Programacion de actividades | Programacion de actividades |
| Apoyar las actividades relacionadas con el transportes, cargue y descargue de elementos o insumos, sin descuidar la seguridad del vehículo. | Realizar transporte, cargue y descargue de los insumos y elementos a cargo. | cargue y descargue de elementos e insumos. |
| Traslado de personal de la Subred hacia los diferentes puntos de atención o entidades | Traslado de personal de la subred a los puntos de atencion | Traslado de personal de la subred a los puntos de atencion |
| Utilizar el vehículo para realizar actividades Única y exclusivamente de la Institución | Uso del vehículo para las actividades programadas por la institución. | Actividades programadas en la Unidad Móvil de atención en salud. |
| Responder por los elementos e insumos que hacen parte del inventario del vehículo | Verificar inventario de elementos e insumos que hay en el vehículo. | Inventario de elementos e insumos del vehículo. |
| manejar adecuadamente los equipos de comunicaciones que la subred le suministre para el desarrollo del objeto de Ia orden | Hacer buen uso de los equipos de comunicación de la Subred para el objetivo estipulado. | Equipos de comunicación en adecuado estado. |
| Además, todas aquellas que aseguren el cumplimiento del objeto de la orden | Otras actividades que sean asignadas | Otras actividades que sean asignadas |

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 Controlada Subred Sur Occidente