| 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: | JOSE RAUL ARAUJO CELIS | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 79556468 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | joseraul.araujo@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3043401171 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM DESARROLLO INSTITUCIONAL SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | SU37T08 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570106344 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 679 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 163 | FECHA | 2025-01-20 17:26:24.000 | NÚMERO DE CRP | 11249 | FECHA | 2025-01-20 18:10:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO I | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-01-01 | | 2025-01-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,080,118 | | | | |
| 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: | $24,961,416 |
| VALOR EJECUTADO | $24,961,416 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,080,118 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 83227144 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

NORMA CECILIA SÁNCHEZ SANDINO
52084091
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 |
|---|---|---|
| Apoyo técnico en realización de actividades pertinentes conducentes a la elaboración de propuestas para la venta de servicios | Se realiza el apoyo a la elaboración a la propuesta de actividades de servicios | formato de elaboración de propuesta |
| Revisar y mantener vigente la documentación requerida para la oferta de nuevos servicios para la institución. Igualmente, en la organización de documentos del proceso y archivo correspondiente | se realiza la revision de la documentación requerida para la oferta de nuevos servicios para la institución. Igualmente, en la organización de documentos del proceso y archivo | se tiene la documentación para los contratos y el archivo foliado y en carpetas |
| Apoyo a la realización y envió de las cotizaciones solicitadas por las diferentes EAPB y mantener registro de estos | Se realizan las cotizaciones solicitadas por las diferentes EAPB | vía mail se envían las cotizaciones |
| Realizar apoyo en las intervenciones requeridas y asignadas que permitan fortalecer el procedimiento de atención al cliente interno y externo según lineamientos del líder de Mercadeo y/o el líder de Oficina de Desarrollo institucional. | Realice las actividades acorde a los requerimientos de la líder de mercadeo, para fortalecer el procedimiento de atención al cliente interno y externo según lineamientos del líder de Mercadeo y/o el líder de Oficina de Desarrollo institucional. | Respuesta y soportes por E-MAIL, plataformas entre otros. |
| Parametrizar los contratos, portafolios, tarifas y paquetes ofertados a las EAPB en el software de la entidad según lineamiento del líder de Mercadeo y/o el líder de Oficina de Desarrollo institucional. | se realiza la parametrizacion de los contratos en el sotfware segun lider de mercadeo | en el software dinamica gerencial se realizan las parametrizaciones según normatividad vigente |
| Apoyo para contar con la información para la realización de informes que sean solicitados por lineamiento del líder de Mercadeo y/o el líder de Oficina de Desarrollo institucional y realizar actividades para cumplir con el plan de trabajo determinado. | se realizan los informe solicitados por el líder de mercadeo y/o el líder de Oficina de Desarrollo institucional | se presenta producto según lo necesitado informes en excell power point |
| Apoyo a la socialización de portafolio, contratación de venta de servicios y la matriz de contratación correspondiente | Se da apoyo a la socialización de venta de servicios y matriz de contratacion | por medio de mail, llamadas, internet o reuniones |
| Realizar análisis de bases de datos de población asegurada y otras que se requieran. | se reciben las bases de datos de población y se analizan sus contenidos | en excell se deja el resultado del analisis |
| Preparación de presentaciones de acuerdo a requerimientos. | se realizan presentaciones | vía mail, orfeo |
| Las demás actividades que sean acordadas con el supervisor del contrato, que se deriven o tengan relación con la naturaleza del mismo. | Realice ejecución contractual acorde a la programación de actividades y cumplimiento de las mismas por el supervisor del contrato | Soportes acorde a las solicitudes. |
| Portal el carnet de la Institución durante el desarrollo de las actividades. | Cumplí con el porte correcto del carnet institucional durante la ejecución de actividades Mantuve una adecuada presentación o utilización uniforme entregado por la Subred en el desarrollo de las actividades diarias, Así como la buena disposición, comunicación, trabajo en equipo con el usuario interno y externo | Porte del carnet institucional. Presentación adecuada para el desarrollo de actividades en la Institución |
| Asistir a las capacitaciones programadas por la Institución. | Asisti a las capacitaciones requeridas | actas de asistencia |
| Dar cumplimiento a los lineamientos establecidos por el proceso de Desarrollo institucional y con especificidad en el subproceso de Mercadeo | Realice las actividades acorde a los requerimientos de la líder de mercadeo. Realice acciones de mejora acorde a las observaciones de la ejecución de actividades realizada por la líder de mercadeo | Soportes acorde a las solicitudes. |

Copia Controlada
Subred Suroccidente

NORMA CECILIA SÁNCHEZ SANDINO
52084091
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

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 | 79556468 | JOSE RAUL ARAUJO CELIS | CRA 13 134-70 SUR | 3134887562 | JOSERAUL.ARAUJO@HOTMAIL.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 | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 17/02/2025 | 84109406 | $469.000 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 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 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 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 | 34.700 | | | | 34.700 | 0 | 0 | 34.700 | | | 347 | 34.700 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 28.500 | 0 | 0 | 28.500 | 1 |

**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 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 34.700 | 34.700 |
| CCF | 1 | 28.500 | 28.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 469.000 | 469.000 |

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 | 79556468 | JOSE RAUL ARAUJO CELIS | | CRA 13 134-70 SUR | 3134887562 | JOSERAUL.ARAUJO@HOTMAIL.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 | |
| 2025-01 | 2025-01 | I | 17/02/2025 | 84109406 | $469.000 | |

## 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 | 79556468 | ARAUJO CELIS JOSE RAUL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS008 | 1.423.500 | 178.000 | 14-11 | 1.423.500 | 3 | 34.700 | CCF24 | 1.423.500 | 28.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

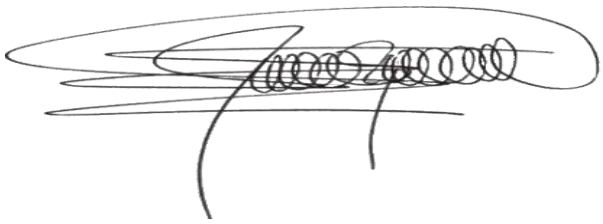
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JOSE RAUL ARAUJO CELIS**

**CC 79.556.468 DE BOGOTÁ**

La suma de $2.080.118 Dos millones ochenta mil ciento dieciocho pesos m.cte por concepto de: apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 31 de enero 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 679-2024.



**JOSE RAUL ARAUJO CELIS**
**CC79.556.468DEBOGOTÀ**
**CUENTADEAHORROSBANCODAVIVIENDA**

**NUMERO 00570106344**