| 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: | DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1020762516 | |
| CORREO ELECTRONICO: | danilof91@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3114513900 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | URG CONSULTA URGENCIAS USS FONTIBÓN | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | FO03B01 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 22671278988 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 4232 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 1363 | FECHA | 2025-06-12 10:22:59.000 | NÚMERO DE CRP | 30058 | FECHA | 2025-06-25 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-06-01 | | 2025-06-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $16,764,738 | | | | |
| 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: | $50,294,214 |
| VALOR EJECUTADO | $33,529,476 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $16,764,738 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $16,764,738 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 87398533 | $6,705,895 | $838,237 | $1,072,943 | 3 | $163,356 | $2,074,536 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Juan Manuel Mendieta Novoa
79863903
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 |
|---|---|---|
| 1) Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred. | 1) Realizo actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred. | SISTEMA DE INFORMACION Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 2) Ejecutar las acciones propias de su objeto actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor. | 2) Ejecuto las acciones propias de su objeto actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor. | REGISTRO, REPORTO E INFORMO AL SUPERVISOR SEGÚN SISTEMA INFORMATIVO DE LA UNIDAD MEDICA |
| 3) Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios. | 3) Propongo acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios. | SISTEMA INFORMATIVO - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 4) Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor. | 4) Elaboro informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor. | CUMPLO, REVISO Y REGISTRO PROCEDIMIENTOS A PERIODO DEL SUPERVISOR DE LA FUNCION A REALIZAR |
| 5) Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras. | 5) Apoyo la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras. | SISTEMA DE INFORMACION Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 6) Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales. | 6) Asesoro y participo en los diferentes comités institucionales. | CUANDO SE REQUIERA |
| 7) Apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales. | 7) Apoyo a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales. | CUANDO SE REQUIERA |
| 8) Impartir instrucciones al personal a cargo. | 8) Imparto instrucciones al personal a cargo. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 9) Velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | 9) Velo por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 10) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL - CAPACITACIONES REGISTRADAS A CUMPLIR |
| 11) Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato. | 11) Cumplo con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 12) Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área. | 12) Genero acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 13) Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad. | 13) Participo en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad. | SISTEMA DE INFORMACION ADMINISTRATIVA Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES A CUMPLIR |
| 14) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 14) Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | SISTEMA DE INFORMACION ADMINISTRATIVA |
| 15) Realizar apoyo a la supervisión de los contratos para los que sea designado | 15) Realizo apoyo a la supervisión de los contratos para los que sea designado | CONTROL Y CUMPLIMIENTO A LA FUNCION A DESARROLLAR POR EL CONTRATISTA ASIGNADO |
| 16) Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución. | 16) Diseño estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución. | CAPACITACION Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES A DESARROLLAR |
| 17) Promover el uso racional de los recursos asignados al área. | 17) Promuevo el uso racional de los recursos asignados al área. | CAPACITACIONES Y PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS INSTITUCIONALES |
| 18) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred. | 18) Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requerimientos de la Subred. | REGISTROS Y PROTOCOLOS ADMINISTRATIVOS A DESARROLLAR |

Copia Certificada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 19) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | 19) Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento. | SISTEMA DE INFORMACION ADMINISTRATIVA |
| 20) Participar en las jomadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 20) Participo en las jomadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | PROCESOS ADMINISTRATIVOS - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 21) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | 21) Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | REGISTRO SISTEMA DE INFORMACION ADMINISTRATIVA CON NOTIFICACION AL AREA ENCARGADA |
| 22) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | 22) Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | PROTOCOLOS INSTITUCIONALES - SISTEMA DE INFORMACION INSTITUCIONAL |
| 23) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 23) Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (PILA) |
| 24) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 24) Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | CUANDO SE REQUIERA |
| 25) Articulación intersectorial con las sedes y servicios de la subred suroccidente así mismo con las entidades externas, | 25) Hago articulación intersectorial con las sedes y servicios de la subred suroccidente así mismo con las entidades externas, | PROCESOS ADMINISTRATIVOS - PROTOCOLOS INSTITUCIONALES |
| 26) Apoyo a la gestión de docencia de servicios con el personal en rotación a cargo. | 26) Apoyare a la gestión de docencia de servicios con el personal en rotación a cargo. | CUANDO SE REQUIERA |

Juan Manuel Mendieta Novoa
79863903
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

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 | 1020762516 | DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO | CRA 32A 25B 75 TORRE 2 APTO 501 | 6757883 | danilof91@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 26/06/2025 | 87398533 | $2.642.400 | |

## 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 | 1.020.900 | 0 | | 0 | | 0 | 20 | 13.200 | 0 | 1.034.100 | 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 | 1.306.800 | 0 | 0 | 40.900 | 40.900 | 20 | 16.900 | 1.200 | 1.406.700 | 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 | 199.000 | | | | 199.000 | 20 | 2.600 | 201.600 | | | 1.990 | 201.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 20 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 20 | 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 | 1.020.900 | 1.034.100 |
| Pensión | 1 | 1.388.600 | 1.406.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 199.000 | 201.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 2.608.500 | 2.642.400 |

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1020762516 | DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO | CRA 32A 25B 75 TORRE 2 APTO 501 | 6757883 | danilof91@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 | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 26/06/2025 | 87398533 | $2.642.400 | |

## 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 | 1020762516 | JIMENEZ FRANCO DANIEL ARTURO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 8.167.000 | 1.306.800 | 0 | 0 | 40.900 | 40.900 | EPS008 | 8.167.000 | 1.020.900 | 14-11 | 8.167.000 | 3 | 199.000 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 05. CTO 4232 - 2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO DE 2025.pdf | 05. CTO 4232 - 2025 ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS MAYO DE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 05. CTO 4232 - 2025 CUENTA DE COBRO MAYO DE 2025.pdf | 05. CTO 4232 - 2025 CUENTA DE COBRO MAYO DE 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar | < Evaluación de la Entidad Estatal >

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO**

**C.C 1.020.762.516 DE BOGOTA**

La suma de **($16.764.738.oo)** pesos m/cte. por concepto de: ***Prestar servicios Profesiones especializados ala gestión administrativa y/o asistencial como LIDER USS FONTIBON dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional***, durante el periodode **01 al 30 de Junio de 2025**, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestaciónde servicio No. **4232 - 2025**.



**DANIEL ARTURO JIMENEZ FRANCO**

**C.C 1.020.762.516 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO 22671278988**