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:	FABIO ALONSO RODRIGUEZ GARCIA								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	80279895			
CORREO ELECTRONICO:	farg31@gmail.com				CELULAR:	6014190786			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM MANTENIMIENTO (BIOMEDICO E INFRAESTRUCTURA) HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE11R12	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	1070055601						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4763			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	1435	FECHA	2025-06-26 08:35:46.000	NÚMERO DE CRP	31915	FECHA	2025-07-09 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
			2025-07-09		2025-07-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,159,005					
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:	$8,318,010
VALOR EJECUTADO	$4,159,005
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,005
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,159,005
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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
88091644	$2,255,218	$281,902	$360,835	3	$54,937	$697,674

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

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
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. Coordinar los equipos de mantenimiento de las unidades asignadas, de manera que garanticen la ejecución de las actividades mantenimiento de infraestructura planeados en el marco del cumplimiento de la normatividad vigente.	• Coordinacion trabajos de mantenimiento preventivo en las unidades del sur y tintal	• tickets e informes
2. Realizar seguimiento y control a los insumos, materiales y herramientas que sean necesarias para la ejecución de actividades de mantenimiento de infraestructura.	• Coordinacion en ejecucion de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de las unidades	• Coordinacion en ejecucion de actividades de mantenimiento preventivo y correctivo de las unidades
3. Apoyar la identificación de necesidades de mantenimiento o adecuación de las sedes que le sean asignadas o priorizadas por el supervisor del contrato	mantenimiento correctivo y preventivo	• Intervencion
4. Verificar que los frentes de trabajo porten y utilicen los instrumentos, elementos y dotaciones que garantizan su seguridad y salud en el trabajo y su identificación institucional.	Verificar el cumplmimentod e los parametros y elementos de protección personal para el desarrollo de las actividades	se garantizaron los elementos de protección personal
5. Participar en las reuniones programadas por la dirección administrativa o aquellas designadas por el líder del subproceso de infraestructura y mantenimiento.	Asistencia a reuniones delegadas por la direccion administrativa	lista de asistencia y concepto tecnico
6. Proyectar, consolidar y hacer entrega oportuna de los informes solicitados por la Dirección.	presentar informes requeridos con relación a proyectos y atención a necesidades	Se realizo entrega de informes de acuerdo a los tiempos establecidos
7. Apoyar el seguimiento al cumplimiento de los indicadores del subproceso, los cuales aportan a las metas de la Dirección Administrativa.	Entrega de reporte de indicadores de cumplimiento	se realiza entrega de informe de indicadores
8. Participar activamente en los procesos de acreditación y habilitación de la subred.	Participar de auditorias y capacitaciones	asistencia a auditorias , entrega de plan de mejora de acuerdo a necesidades
9. Apoyar la atención de lasauditorías internas y externas necesarias para el cumplimiento de los objetivos de la Dirección o el Subproceso.	participar activamente en auditorias	se realizo levantamiento de hallazgos
10. Apoyar a la Dirección administrativa en las inspecciones, visitas y rondas administrativas programadas desde la Dirección, así como por las diferentes áreas, servicios y entes externos.	Participar de las rondas administrativas	diligenciamiento de encuesta de ronda administrativa
11. Apoyar las evaluaciones y supervisión técnica de los contratos que le sean asignados.	desarrollar actividades correspondientes a la ejecución de contratos	entrega de informes y soportes correspondientes
12. Las demás asignadas por el supervisor del contrato inhérente al objeto del contrato.. b) Generales: Además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía, el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones	• Asistencia a reuniones delegadas por la direccion administrativa lista de asistencia y concepto tecnico 506228 Apoyar las demás actividades asignadas y requeridas por el supervisor del contrato relacionadas con el objeto del mismo. Elaboracion y consolidación del plan de mantenimiento de las unidades de la subred.	• seguimiento al Plan de mantenimiento super salud

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

FABIO ALONSO RODRIGUEZ GARCIA

C.C. 80.279.895 de Villeta

La suma de: CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL CINCO PESOS M/CTE. ($ 4.159.005), por concepto de:
Prestación de servicios como Profesional universitario II de la Dirección Administrativa durante el periodo del 09 al 31 de julio de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4763-2025.



Fabio Alonso Rodríguez García

C.C. 80.279.895 de Villeta

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 001070055601

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Sideap 2.0

Última Actualización: 19-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, FABIO ALONSO RODRIGUEZ GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 80279895 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección Carrera 90A No. 8A-68 Interior 5 Apto 1217 **Teléfonos** 3182653800 7475728

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

BOGOTÁ

Sideap 2.0

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	FABIO ALONSO RODRIGUEZ GARCIA
Identificación:	80279895
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	farg31@gmail.com
Tipo declaración:	Para suscribir contrato de prestación de servicios
Fecha Declaración:	19/07/25

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	80279895	FABIO ALONSO RODRIGUEZ GARCIA	CR 53D NO 4F 50	7593756	farg31@gmail.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	
2025-06	2025-06	I	29/07/2025	88091644	$701.100	

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	282.000	0		0		0	7	1.300	0	283.300	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	360.900	0	0	0	0	7	1.600	0	362.500	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	55.000				55.000	7	300	55.300			550	55.300	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	7	0	0	0
ICBF				
0	7	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	282.000	283.300
Pensión	1	360.900	362.500
Riesgos Laborales	1	55.000	55.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	697.900	701.100

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	80279895	FABIO ALONSO RODRIGUEZ GARCIA		CR 53D NO 4F 50	7593756	farg31@gmail.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**	
2025-06	2025-06	I	29/07/2025	88091644	$701.100	

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**	**Estudiante**	**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	80279895	RODRIGUEZ GARCIA FABIO ALONSO	59	0			N																			25-14	2.255.218	360.900	0	0	0	0	EPS002	2.255.218	282.000	14-11	2.255.218	3	55.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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