Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3
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:	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	503			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1715	FECHA	2025-08-20 16:06:52.000	NÚMERO DE CRP	36710	FECHA	2025-08-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO ADMINISTRATIVO I						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,100,919				
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:	$16,807,352
VALOR EJECUTADO	$14,706,433
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,100,919
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,100,919
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
89271408	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

Marcia Greicy Guacaneme Valbuena
52150028
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 Certificada
Subred Sur Occidente

Marcia Greicy Guacaneme Valbuena
52150028
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	
2025-07	2025-07	I	26/08/2025	89271408	$471.300	

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	7	800	0	178.800	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	7	1.100	0	228.900	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	7	200	34.900			347	34.900	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	7	200	28.700	1

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	178.000	178.800
Pensión	1	227.800	228.900
Riesgos Laborales	1	34.700	34.900
CCF	1	28.500	28.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	469.000	471.300

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	
2025-07	2025-07	I	26/08/2025	89271408	$471.300	

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

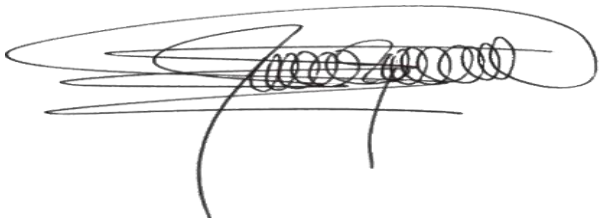
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOSE RAUL ARAUJO CELIS

CC 79.556.468 DE BOGOTÁ

La suma de $2.100.919 Dos millones cien mil novecientos diecinueve 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 agosto 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 503-2025.



JOSE RAUL ARAUJO CELIS
CC79.556.468DEBOGOTÀ
CUENTADEAHORROSBANCODAVIVIENDA

NUMERO 00570106344