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:	LUIS ALBERTO MENDEZ CASTILLO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	700200235	
CORREO ELECTRONICO:	luismarian14@gmail.com				CELULAR:	3508069517	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT CIRUGÍA GENERAL HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A23	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	17100001273				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2934			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000	NÚMERO DE CRP	36096	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- CIRUJANO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$17,305,536				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		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:	$171,072,434
VALOR EJECUTADO	$124,383,540
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$17,305,536
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$46,688,894
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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
89672361	$7,787,491	$973,436	$1,245,999	3	$189,703	$2,409,138

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

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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. Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractua	) Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad	SI
2. Cumplir con las Leyes, Decretos, Acuerdos, Resoluciones, Circular de cualquier órgano externo o Reglamento Interno, Código o Directriz Interna de la E.S.E que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato	) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	SI
3. Conocer y aplicar las políticas institucionales.	Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	SI
4. Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda	Participar en la programación de actividades del área	SI
5. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente	Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	SE REALIZA
6. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente Contrato, de acuerdo al Código del Buen Gobierno y Ética Institucional y/o Profesional	Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	SI
7. Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor	Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	SI
8. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	SI
9. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar	Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	SE REALIZA
r. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas	Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	SE REALIZA
11. Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	Emitir conceptos médicos que se le requieran	SI
12. Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	SI
13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas	Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	SE REALIZA
14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato previo seguimiento y notificación del supervisor	) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	SE REALIZA

Copia Certificada
Subred Suroccidente

15. En caso de ser designado como supervisor de un contrato, en atención a su competencia, experticia técnica, formación académica y/o idoneidad del perfil para el cumplimiento de un proyecto o convenio, o en caso de ser insuficiente el personal de planta para tal actividad, el CONTRATISTA se compromete a realizar las gestiones necesarias tendientes al cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico encomendado, dando cumplimiento al manual institucional y respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve.	Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	SI
6. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica	) Participar en las jornadas de capacitación inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	SI
17. Una vez terminado el contrato, por terminación del plazo de ejecución o anticipadamente, el contratista se obliga a dar trámite de paz y salvo por todo concepto con la Entidad en el formato establecido, el cual deberá allegar con la última cuenta de cobro, so pena de no certificar por parte del supervisor el último servicio recibido	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	SE REALIZA
18. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	SE REALIZA

jose miguel peralta zabaleta
17956572
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

LUIS ALBERTO MENDEZ CASTILLO

NIT: 700200235-1

Régimen: No responsable de IVA

Persona Natural

DG 17 B 90 53 TO 4 AP 804, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia

Tel. 3508069517

Email. luismarian14@gmail.com

Autorización factura electrónica de venta No. 18764095339761 válida desde 2025-07-08 hasta 2027-07-08 rango desde FE1 hasta FE500.

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRDADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
NIT : 900959048
Dirección: Calle 9 No. 39 ? 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 110111
Teléfono: 601 384916
Email: liderhospitalariussfontibon@subredsuroccidente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Fecha de Pago: 30/09/2025
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA :	**FE5**
MONEDA:	**COP Colombia, Pesos**
HORA EMISIÓN:	**09:55:27-05:00**
FECHA FIRMADO:	**29/09/2025 09:55:30**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
29	09	2025	30	09	2025

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	002	Prestación de servicios como medico Especialista	HUR	192,00	$90.133,00				0,00	$17.305.536,00

Notas:
Prestacion de servicios como medico especialista

SON: (diecisiete millones trescientos cinco mil quinientos treinta y seis pesos)
CUFE: 42be1350d1ba419bb8337cb4e4d8edb3e8eca5da2e2fdaa8cbe5112c1c29bcdf8e04f66ff291b982edeed48c9688e1d4

Subtotal:	$17.305.536,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$17.305.536,00

Firma Digital: aH6fmry1GUFgLFEOxRSdtrHfZo25noXYrXcT+W9xGwl33slmtliyitnLA7xcHIgP LrOI1+GCIh2T0Rh65LNPafOh+XhYcLSyDBIE8thJLLwPjNO46X VpW1ZLp0leQC18 hcGx5udu2Fikhy7Cas0DkCe1fANhwbwcqmqHT/VT4oHjcpDIyEPn9C01+Y7rgwpJ HCS9T9olhhKKgd2G8+nlBqfMQMP0jxrbQs+ 1s/Q2S1ZlXCn0fptZ6J1G7Vu8UHyU C1bCzmMaOiXxNysk8PQERGzhmY6jCMqa8LJNdZQB3Ezmq1ZG2qbaSLYAlTugHtaJ 7w3g8VMOnAbkWGJ5NeLt kA==

Esta factura es un título valor de acuerdo al art. 774 del C.C. y una vez aceptada declara haber recibido los bienes y servicios a satisfacción.

Representación Gráfica de la Factura de Venta Electrónica.

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
PT	6524888	MENDEZ	CASTILLO	LUIS	ALBERTO	2025-07	EPS COMPENSAR	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS COMPENSAR	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	12/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	02/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	01/2024	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	11/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	10/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	09/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	08/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	07/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	06/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	05/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	04/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS COMPENSAR	03/2023	30	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
PT	6524888	LUIS ALBERTO MENDEZ CASTILLO	diag 17 b 90 53	3508069517	luismariam14@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	
2025-08	2025-08	I	30/09/2025	89672361	$1.063.000	

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	883.400	0		0		0	11	6.200	0	889.600	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

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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	172.200				172.200	11	1.200	173.400			1.722	173.400	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	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	883.400	889.600
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	172.200	173.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	1.055.600	1.063.000

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
PT	6524888	LUIS ALBERTO MENDEZ CASTILLO		diag 17 b 90 53	3508069517	luismariam14@gmail.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	
2025-08	2025-08	I	30/09/2025	89672361	$1.063.000	

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	Estornudo	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	PT	6524888	MENDEZ CASTILLO LUIS ALBERTO	59	0	X		N							X											0	0	0	0	0	0	EPS008	7.066.724	883.400	14-23	7.066.724	3	172.200		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bogotá D.C 20 de noviembre del 2024

SUBRED INTEGRADA DE SERVICOS DE SALUD

SUROCCIDENTE

ASUNTO: Exoneración pago pensión.

Por medio de la presente me permito informar que de acuerdo a la legislación laboral código sustantivo del trabajo articulo 260 y la ley 100 del año 1993, establecen de forma general los requisitos para que una persona pueda adquirir la pensión de vejez como lo son edad, que para los hombres será de 62 años y de las mujeres a los 57 años , así mismo el monto de semanas cotizadas , ya que esta deberá ser igual o superior a 1.300 semanas, una vez dicho esto, es pertinente remitirnos directamente a los presupuestos establecidos por a compañía en la presente consulta, ya que al tratarse de una excepción de la cual , la normatividad laboral vigente se ha pronunciado derivada de la migración de personas de nacionalidad venezolana a territorio nacional, es por esto que debemos remitirnos a la resolución 2388 de 2016. Emitido por el ministerio de salud y protección social el cual en su artículo 2.1.2.3.3 establece lo siguiente:

"2.1.2.3.3 extranjero no obligado a cotizar a pensiones es utilizado cuando el cotizante es un ciudadano extranjero que no está obligado a cotizar al sistema general de pensiones de acuerdo con la ley, pero debe cotizar a los demás sistemas según el tipo de cotizante que corresponda. No deben diligenciar los campos 19,20,28,31,32,36,42,46,47,48,49,50,51,52,53 del registro tipo 2 del archivo tipo 2.

CE. Cedula Extranjería

PA. Pasaporte

CD. Carnet Diplomático

Salvoconducto de permanencia

Aunado a lo anteriormente dicho, me permito indicar que el mencionado decreto hace referencia a la exoneración, de aquellos trabajadores de nacionalidad venezolano, a reportar los respectivos aportes al sistema de seguridad social en pensión, sin embargo, allí debemos hacer mención, que la legislación colombiana siendo garantista, faculta a que esta decisión la tome directamente el

trabajador de nacionalidad venezolana, es por esto que si es voluntad de este último indicar a la compañía, que desea realizar los respectivos aportes por concepto de pensión allí el empleador deberá acogerse a la normatividad establecida en la ley 100 del año 1993 y la ley 797 del año 2003, y deberá efectuar descuento del 4% al trabajador y asumir así el 12 % correspondiente.



Nombre de contratista
LUIS ALBERTO MENDEZ CASTILLO
PET : 6.524.888 NIT 700200235

Contrato

¿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		
	Designación Supervisor José Miguel Peralta Zabaleta.pdf	Designación Supervisor José Miguel Peralta Zabaleta.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Abril 2025 Luis Mendez.pdf	Cuenta Abril 2025 Luis Mendez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta de mayo.pdf	Cuenta de mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Junio Luis Mendez.pdf	Cuenta Junio Luis Mendez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Julio Luis Mendez.pdf	Cuenta Julio Luis Mendez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta febrero luis.pdf	cuenta febrero luis.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Marzo Luis Mendez.pdf	Cuenta Marzo Luis Mendez.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Cuenta Agosto.pdf	Cuenta Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

ASEGURATE AGOSTO

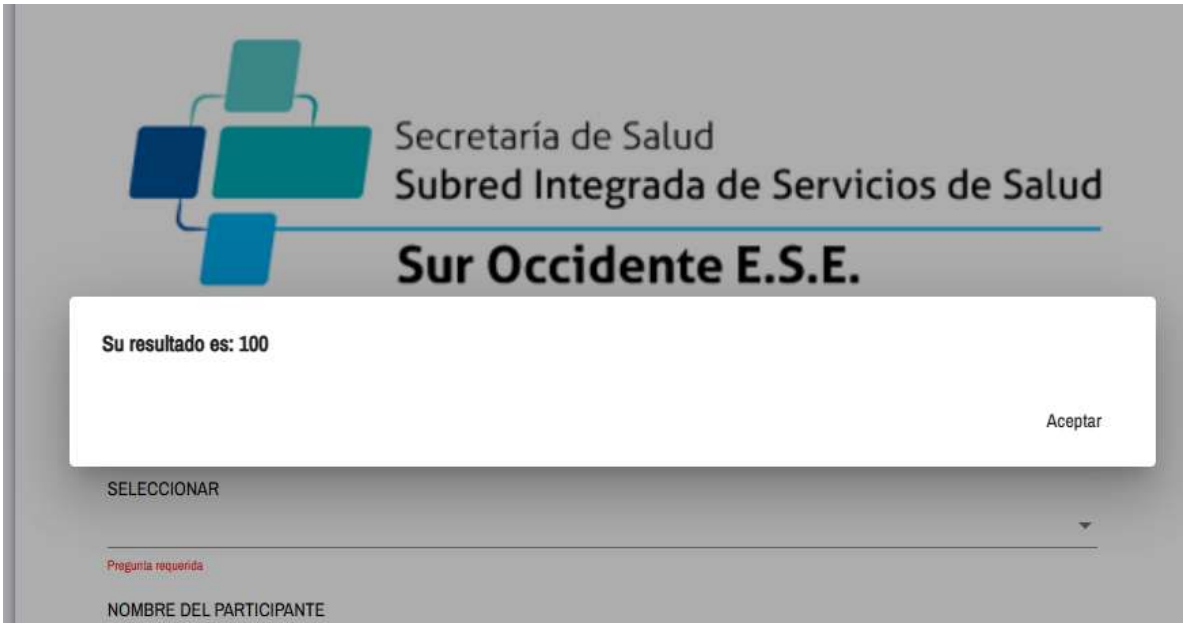
Se ha registrado tu respuesta.

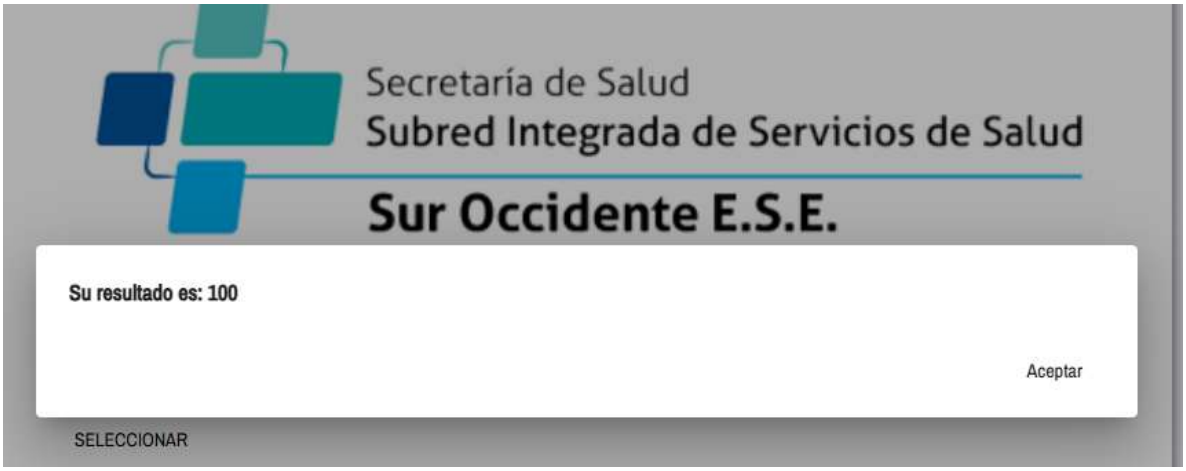
Enviar otra respuesta

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google. - Propietario del formulario de contacto - Términos del Servicio - Política de Privacidad

¿Parece sospechoso este formulario? Informe

Google Formularios





Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud

Sur Occidente E.S.E.

Lesiones asociadas a la dependencia

Su resultado es: 100

Aceptar

SELECCIONAR

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD



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

Lesiones asociadas a la dependencia

Su resultado es: 100

Aceptar

SELECCIONAR

Pregunta requerida

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida