| 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 | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JOHN WILSON GARZON ROZO | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 80374261 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | federicodiez72@yahoo.es | | | | CELULAR: | 3144021105 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FO09 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS ACCIONES | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO09K26 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO CAJA SOCIAL | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 24088250818 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 106-2020 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 5 | |
| NÚMERO DE CDP | 468<br>823 | FECHA | 30/03/2020<br>30/05/2020 | NÚMERO DE CRP | 19465<br>26814 | FECHA | 31/03/2020<br>03/06/2020 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de PIC dentro de los propcesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional MENSAJERO CON MOTO | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 6 | 2020 | | 30 | 6 | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $2.197.015 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES: CONDUCTOR DE MOTO DE SEGUIMIENTOS SUB RED PAGA ARL

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $13.383.160 |
| VALOR EJECUTADO | $8.989.130 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $2.148.334 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4.394.030 |
| 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 3% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1029719171 | **$877.803,00** | **$109.800** | **$26.400** | 4 | | **$136.200** |

Dado en Bogotá en el mes de JUNIO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Jenny Andrea Alfonso B

**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JOHN W. GARZON R

**JOHN WILSON GARZON ROZO**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FD-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | | Sede: FONTIBON | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 106-2020 | **Periodo certificado desde el** | | Día 1 | Mes 6 | Año 2.020 | a | Día 30 | Mes 6 | Año 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JOHN WILSON GARZON ROZO | | | C. C. | 80.374.261 | | DE | BOGOTA | | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y / o asistencial en el area de PIC, como mensajero con moto, 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.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :** SI __X__ NO ____ **Servicios:** SI __X_ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1, Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demas de apoyar la implementacion de los mismos | si | Se realizan las actividades asignadas | Se asiste a recorridos asignados |
| 2. Apoyar a la SUBRED en las actividades que demande según requerimientos inter institucionales y extra institucionales | si | Se apoyan las actividades asignadas | Se asiste a actividades asignadas |
| 3. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestacion del servicio, de acuerdo con el sistema de informacion de la SUBRED | si | Se realizan planillas | Se diligencian planillas de los recorridos realizados |
| 4. Entregar la constacia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y reiesgos profesionales mensualmente | si | Se entrega planilla de afiliacion del sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales | Se entrega planilla de afiliacion |
| 5. Mantener disponibilidad permanente en el telefono movil de manera que pueda mantener un contacto permanente | si | Se mantiene disponibilidad en telefono movil | Se esta pendiente a cualquier llamado que realiza el supervisor |
| 6. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio | si | Se registran los recorridos asignados | Se entrega planilla de recorridos |
| 7. Elaborar informe mensual sobre+A20:P26 el desarrollo y avance de sus actividades y entregarle al supervisor del contrato para la certificacion del cumplimiento | si | Se entrega planilla de los dias laborados | Se entrega planilla de los diferentes recorridos asignados |
| 8.Participar en las jornadas de capacitacion, induccion reuniones y eventos a los cuales se ha convocado | si | Se participa en las reuniones convocadas | Se asiste a las respectivas reuniones |
| 9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio | si | Se notifican las fallas para el mejoramiento continuo | Notificar fallas |
| 10. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la SUBRED, a demas de apoyar la implementacion de los mismos | si | Se realizan las actividades asignadas | Se asiste a recorridos asignados |
| 11. Realizar los recorridos necesarios para garantizar el seguimiento de la poblacion objeto del programa PAI | si | Se realizan los recorridos a las visitas asignadas | Se cumplio con las visitas asignadas |
| 12. Realizar los recorridos en compañia de un vacunador de la SUBRED | si | Se realizan los recorridos en compañia de la vacunadora | Se realizan los recorridos en compañia de la vacunadora |
| 13. Realizar los desplazamientos necesarios solicitados por el supervisor | si | En el mes de Junio se realizan las visitas asignadas en la SUBRED | Se realizan las visitas asignadas en la SUBRED |
| 14. Realizar las demas actividades que le sean asignadas por los que ejercen el control de ejecucion del contrato acordes con el objeto | si | Se asiste a las visitas de la localidad de bosa | Se laboro oportunamente dando cumplimiento a las visitas |
| 15. Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institucion en el proceso de acreditacion que apunta al mejoramiento continuo de la entidad | si | Se realizan las actividades asignadas | Se realizaron las actividades asignadas por el supervisor |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2,148,334 Dos Millones Ciento Cuarenta Y Ocho Mil Trescientos Treinta Y Cuatro Pesos.**

JOHN W. GARZON R

JOHN WILSON GARZON ROZO C.C 80374261

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Jenny Andrea Lopez

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

V.B.

Simple

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de Seguridad Social |
| **Fecha** | 2020-06-08, 08:42:18 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | mayo de 2020 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | mayo de 2020 |
| **Empresa** | JHON WILSON GARZON ROZO |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 80374261 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 8815909080 / 1029719171 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | |
| **Banco** | (1052) - BANCO AV VILLAS |
| **Valor** | $ 136.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800227940 | 231001 | COLFONDOS | 1 | $ 26.400 | $ 0 |
| N900298372 | EPSC34 | RECAUDO SGP CAPITAL SALUD | 1 | $ 109.800 | $ 0 |
| | | **SubTotales:** | | $ 136.200 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 136.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

**DOCUMENTO EQUIVALENTE Nº 06/2020**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JOHN WILSON GARZON ROZO**

**CC80374261**

**DE BOGOTA**

**La suma de 2.148.334 , dos millones ciento cuarenta y ocho mil trescientos treinta y cuatro por concepto de prestación de servicios como MENSAJERO CON MOTO – TECNICO 1 durante el periodo de 01/06/2020 al 30/06/2020 de conformidad con lo establecido en al contrato de prestación de servicios Nº 106-2020**

**JOHN WILSON GARZON ROZO**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**

**CC 80374261 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24088250818**