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			8DE 8			
NÚMERO DE CDP	1245	FECHA	27/08/2020	NÚMERO DE CRP	33857	FECHA	30/08/2020			
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	9	2020		30	9	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:	$15.580.175
VALOR EJECUTADO	$15.580.175
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
45304220	**$878.806,00**	**$109.900**	**$140.700**	4		**$250.600**

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

Yenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

John W. Garzón R

JOHN WILSON GARZON ROZO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

V.B.

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-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09					Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	106-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	9	2.020		30	9	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 reciben por parte del jefe inmediato EPP por la contingencia	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 compañía de la vacunadora	Se realizan los recorridos en compañía de la vacunadora
13. Realizar los desplazamientos necesarios solicitados por el supervisor	si	En el mes de SEPTIEMBRE 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): $2,197,015 Dos Millones Ciento Noventa Y Siete Mil Quince Pesos.

JOHN W. GARZON R

JOHN WILSON GARZON ROZO C.C 80374261

Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

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	80374261	JOHN WILSON GARZON ROZO	KR 88C 67 39 SUR BQ 16 AP 403	3144021105	FEDERICODIEZ72@YAHOO.ES	
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2020-08	2020-08	I	09/09/2020	45304220	$250.600	

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					
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	109.900	0		0		0	0	0	0	109.900	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
231001	Colfondos	800227940-6	140.700	0	0	0	0	0	0		140.700	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										

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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	109.900	109.900
Pensión	1	140.700	140.700
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	250.600	250.600

PAGADA 45304220

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	80374261	JOHN WILSON GARZON ROZO		KR 88C 67 39 SUR BO 16 AP 403	3144021105	FEDERICODIEZ72@YAHOO.ES
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ, D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2020-08	2020-08	I	09/09/2020	45304220	TOTAL A PAGAR	
					$250.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dotación	Extranjero	Cotiza Exterior	Residente	INGRESO	RETIRO	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC APP	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	80374261	GARZON ROZO JOHN WILSON	3	0		N																	231001	878.806	140.700	0	0	0	0	EPSC34	878.806	109.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE Nº 09/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JOHN WILSON GARZON ROZO

CC 80374261

DE BOGOTA

La suma de 2.197.015, Dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos, por concepto de prestación de servicios como MENSAJERO CON MOTO – TECNICO 1 durante el periodo de 01/09/2020 al 30/09/2020 de conformidad con lo establecido en al contrato de prestación de servicios Nº 106-2020

JOHN W. GARZÓN R

JOHN WILSON GARZON ROZO

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

CC 80374261 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24088250818