DOCUMENTO EQUIVALENTE N° 12/2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ

CC 80746779

DE BOGOTA

La suma de 2.197.015, dos millones ciento noventa y siete mil quince pesos por concepto de prestación de servicios como MENSAJERIA CON MOTO TECNICO 1 durante el periodo de 01/12/2020 al 31/12/2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 5663-2020

Angel Leon R.

ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ

CC 80746779 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS CAJA SOCIAL

NUMERO 24101782960

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	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	angel alberto leon rodriguez											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	80746779						
CORREO ELECTRONICO:	angelalberto.leon1984@gmail.com				CELULAR:	3507389285						
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:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24101782960								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	5663-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 4				
NÚMERO DE CDP	1722	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP	55484	FECHA	30/11/2020				
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	12	2020		31	12	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:	$12.010.349
VALOR EJECUTADO	$11.644.180
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.197.015
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$366.169
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
1033841856	$878.806,00	$109.900	$140.700	4		$250.600

Dado en Bogotá en el mes de Diciembre 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:

Angel Leon R

ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud 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	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09					Sede: FONTIBON					
No. DE CONTRATO:	5663 -2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	12	2.020		31	12	2.020		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ	C. C.	80.746.779	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 NOVIEMBRE 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 , kenedy, fontibon	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

Angel Leon R

ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ CC 80746779

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

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

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-01-15, 08:07:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1033841856

Periodo Cotización: noviembre de 2020 **Periodo Servicio:** noviembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8819562360

PAGADO 10/12/2020

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ		
Documento	CC80746779	**Dirección**	CARERA 1 # 53 52 SUR
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3507389285
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 80746779	ANGEL ALBERTO LEON RODRIGUEZ	03	00																	0	30	30	0	0	(230301) PORVENIR	$ 877.803	$ 140.500	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 877.803	$ 109.800	0,000	$ 0	$ 0	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 877.803	$ 877.803	$ 0	$ 0	$ 140.500	$ 109.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.300	$ 0	$ 250.300

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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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