| 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. Salud Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | 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 | | | 12 DE 12 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1722 | FECHA | 26/11/2020 | NÚMERO DE CRP | | 56176 | FECHA | 16/12/2020 | | |
| 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 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | |
| 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: | $24.368.235 |
| VALOR EJECUTADO | $24.368.235 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 47400415 | **$878.806,00** | **$109.900** | **$140.700** | 4 | | **$250.600** |

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil Veintiuno (2021). 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**

| 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 | 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 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 | |
| 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 ENERO 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 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 06/01/2021 | 47400415 | $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
47400415

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 | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 80374261 | JOHN WILSON GARZON ROZO | KR 68C 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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-12 | 2020-12 | I | 06/01/2021 | 47400415 | $250.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotiza | Horas | Extranjero | Cotiza Exterior | Colombiano en el Exterior | SLN | IGE | LMA | VSP | VST | SLE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VAC | AVP | VCT | IRL | Días Cotizados | 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 | 80374261 | GARZON ROZO JOHN WILSON | 3 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 30 | 231001 | 876,806 | 140,700 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPSC34 | 876,806 | 109,900 | | 0 | | 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 1/2021**

**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 01/01/2021 al 31/01/2021 de conformidad con lo establecido en al contrato de prestación de servicios Nº 106-2020**

JOHN W. GARZON R

**JOHN WILSON GARZON ROZO**

**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**

**CC 80374261 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL**

**NUMERO 24088250818**