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 |
| Fecha de aprobación | 15/02/2018 |
| Código | 04-02-FO-0002 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 80144649 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | jjfranco2008@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3178684202 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | Pablo VI | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | FARMACIA | | | | SEDE: | Pablo VI | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | PA16M05 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 188-971794-38 | | | | | | | | Pensionado | No | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2042-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 12 de 12 |
| NÚMERO DE CDP | 1958 | FECHA | 23/12/2020 | NÚMERO DE CRP | 59366 | FECHA | 31/12/2020 |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia, 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. | | | | | | |

| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.734.450 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | RESERVA DE GLOSA 2% | NO APLICA | | | | | |

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: | $20.813.400 |
| VALOR EJECUTADO | $20.813.400 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.734.450 |
| 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 $2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **1034255925** | $877.803,00 | $109.800 | $140.500 | 3 | $21.400 | **$271.700** |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**SANDRA ORTIZ.**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS.**
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 |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | FARMACIA | | | **Sede:** PABLO VI | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2042-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS | | **C. C.** | 80.144.649 | | | **DE** | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia, 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 ___ NO _____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | SI | 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion |
| 16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | SI | 16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social |
| 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | SI | 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato |
| | | | |

**TOTAL A PAGAR ($ 1.734.450)UN MILLON SETESIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)**

J. FRANCO C.
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 80144649

Fecha 31/01/2021 Firma de recibido supervisor

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

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 |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | FARMACIA | | | **Sede:** PABLO VI | | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 2042-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Dia** | **Mes** | **Año** | **a** | **Dia** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS | | **C. C.** | 80.144.649 | | | **DE** | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: : Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Farmacia, 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 ___ NO _____**

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | SI | 15.Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del servicio | entregar a tiempo los formatos para la consolidacion de dicha informacion |
| 16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | SI | 16. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente | entregar oportunamente el certificado de pago de la seguridad social |
| 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | SI | 17. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | cumplir con las actividades que el supervisor asigne acorde con el objeto del contrato |
| | | | |

**TOTAL A PAGAR ($ 1.734.450)UN MILLON SETESIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (MCTE)**

JOHN JAIRO FRANCO C. 80144649 Bdc

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha 31/01/2021 Firma de recibido supervisor

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-01-08, 04:18:37 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034255925

**Periodo Cotización:** diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8819493220

## PAGADO 07/01/2021 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS | | |
| **Documento** | CC80144649 | **Dirección** | CALLE 54 F SUR # 93 - 45 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3178684202 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### 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 80144649 | JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION (ING + PROTECCION) | $ 877.803 | $ 140.500 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 2.436 | $ 877.803 | $ 21.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 |

### 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 | $ 877.803 | $ 0 | $ 140.500 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 271.700 | $ 0 | $ 271.700 |



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, asegurese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS**

**C.C 80.144.649 DE BTA**

La suma de **un millón setecientos treinta y cuatro mil cuatrocientos cincuenta pesos m/cte. ($1.734.450),** por concepto de: prestación de servicios como técnico en servicios farmacéuticos en la unidad de pablo VI durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2042-2020

**JOHN JAIRO FRANCO CAMPOS**

80144649.

**C.C 80.144.649 DE BTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**NUMERO CUENTA 188-971794-38**