DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

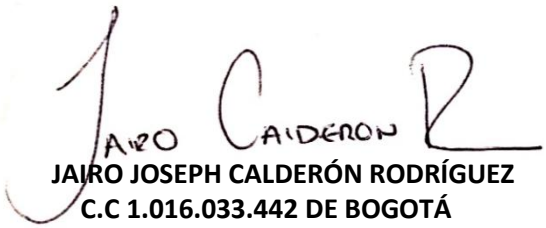
OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JAIRO JOSEPH CALDERÓN RODRÍGUEZ

C.C 1.016.033.442 DE BOGOTÁ

La suma de **DOS MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA Y TRES MIL SEISCIENTOS CUARENTA Y CUATRO**PESOS M/CTE. ($ 2.753.644), por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativa 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, durante el periodo del 01 al 31 de agosto de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4374-2026.



JAIRO JOSEPH CALDERÓN RODRÍGUEZ
C.C 1.016.033.442 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORRO BANCOLOMBIA
NUMERO 67481428642

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECIFICAS EN PUESTO DE TRABAJO - DIRECCIONES Y OFICINAS ADMINISTRATIVAS	Versión:	4	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:	18/03/2025	
		Código:	04-01-FO-0041	

1. Colaborador	Nuevo OPS		Cambio Perfil OPS	X	Nuevo Planta		Reubicado Planta		
2. Nombres y apellidos del colaborador	Jairo Joseph Calderón Rodríguez								
3. Documento	Tipo de Documento: C.C._X__ C.E.___ Pasaporte___ Visa___ Número: __1.016.033.442_____								
4. Perfil o cargo	Tecnólogo Administrativo I								
5. Dependencia- Proceso - Área	Dirección Administrativa - Gestión Documental								
6. Tipo de Vinculación	ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS _X__ PLANTA ___ TERCEROS ___ OTROS ___ CUAL: _____								
7. Fecha de Ingreso/ reubicación a la Subred	DÍA ___17___ MES _____06_____ AÑO ____2026_____								

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	REALIZACIÓN ACTIVIDAD SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
17/06/2026	TATIANA EUGENIA MARN SALAZAR	Entrega de Clave Aula Virtual	X			
		Se realizó Afiliación a la ARL	X			
		Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente	X			
		Entrega de Carnet Institucional	X			
		Sensibilización Manual Especifico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)			X	

FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
17/06/2026	TATIANA EUGENIA MARN SALAZAR	Asignación de correo electrónico institucional	X			
		Sensibilización uso y apropiación de la tecnología	X			

FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que envía invitación para el encuentro virtual)	10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarlo después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
17/06/2026	TATIANA EUGENIA MARN SALAZAR	Humanización	X			
		Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo	X			
		Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres	X			
		Participación y Atención al Usuario	X			
		Gestión de la Tecnología	X			
		Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS	X			
		Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública	X			
		Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia	X			
		Gestión Documental	X			
		Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI	X			

11. DIRECCIONES / OFICINAS	
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)	
Lugar de Ubicación Colaborador	
Servicio donde va a desarrollar actividades	
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)	
Fecha de Finalización (D/M/A)	

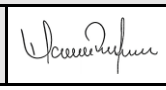
12. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE						
FECHA	RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	ACTIVIDADES TRASVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
17/06/2026	TATIANA EUGENIA MARN SALAZAR	Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano	X			
		Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal	X			
		Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.	X			
		Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades	X			
		Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y /o funciones y asuntos personales.	X			
		Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece	X			
		Portafolio de servicios (https://www.subredsuroccidente.gov.co/)	X			
		Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)	X			
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022	X			

13. SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SERVICIO	
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)	
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describir el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)	

FECHA	DIRECCIÓN / OFICINA	PERFIL	DIRECCIÓN / OFICINA	SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
	Describir la Dirección u Oficina donde se ubica el colaborador	**Describir el Perfil Talento Humano Administrativo**	**ACTIVIDADES**				
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del proceso	X			
			Se informó frente a las actividades a realizar y los controles existentes e informes y la periodicidad con que debe presentarlos	X			
			Acompañamiento en el manejo de aplicativos de la Subred necesarios para el desarrollo de las actividades	X			
	Diligenciar solo si aplica con apoyo de la Dirección de Servicios Complementarios	**Ingeniero biomédico central de gases medicinales**	**ACTIVIDADES**	**SI**	**NO**	**N/A**	**OBSERVACIONES**
			Socialización de los protocolos, procedimientos, guías, manuales y formatos que hacen parte del manual de garantía de calidad de gases medicinales			X	
			Conocimientos sobre normas concernientes a procesos de Certificación y planes de trabajo sobre el tema			X	
			Conocimientos sobre Buenas Prácticas de Manufactura en Gases Medicinales			X	
			Conocimientos relacionados con los procedimientos operativos de funcionamiento del sistema de aire medicinal e instructivos asociados a la producción de aire medicinal			X	

14.VALORACIÓN DEL COLABORADOR		15.VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara **1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 __X__**	Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. **SI __X__ NO ___**	Registre las fortalezas y oportunidades de mejora encontradas:
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. **1 ___ 2 ___ 3 ___ 4 ___ 5 __X__**	Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. **SI __X__ NO ___**	

16.CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración	Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
				X

17. FIRMA DEL COLABORADOR		18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO	jcc

28/08/2026 Formación y desarrollo

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016033442		CALDERON RODRIGUEZ JAIRO JOSEPH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 54 c sur 87b 21 casa 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4819844	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	594329217	9508351398	I	2026/08/12	2026/08/25	NEQUI	13	$547,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1016033442	CALDERON RODRIGUEZ JAIRO JOSEPH																		230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS010	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	$42,700	0	$0	$0	No	$541,800
Total	**Afiliados(1)**																						$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905	$42,700		$0	$0		$541,800

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1016033442		CALDERON RODRIGUEZ JAIRO JOSEPH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 54 c sur 87b 21 casa 23	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4819844	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	594329217	9508351398	I	2026/08/12	2026/08/25	NEQUI	13	$547,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$2,800					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$2,800	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$42,700	$500					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$42,700	$500	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$2,200					$0	
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$218,900	$2,200	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$541,800	$5,500	$0	$0	$0	$0	$0	

Planilla Resumen

LOR A PAGAR
$283,000
$283,000
$43,200
$43,200
$221,100
$221,100
$547,300

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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JAIRO JOSEPH CALDERON RODRIGUEZ						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016033442	
CORREO ELECTRONICO:	JAIROJOSEPH23@GMAIL.COM				CELULAR:	3174753669	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM GESTION DOCUMENTAL SEDE ARCHIVO CENTRAL				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO60R35	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	67481428642				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4374			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1883	FECHA	2026-08-27 10:23:29.000	NÚMERO DE CRP	32992	FECHA	2026-08-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2026-08-01		2026-08-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,753,644						
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 0%	N/A				

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:	$6,792,322
VALOR EJECUTADO	$6,792,322
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,753,644
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
9508351398	$1,101,458	$137,682	$176,233	3	$26,832	$340,747

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar la elaboración y/o actualización de los documentos pertenecientes al subproceso de gestión documental.	Apoyé la elaboración y actualización del diagnóstico integral del archivo, mediante la recopilación, revisión y análisis de la información relacionada con el estado de los archivos de gestión, contribuyendo a la identificación de oportunidades de mejora y al fortalecimiento de la gestión documental de la entidad.	Diagnostico integral de archivo.
Apoyar las transferencias documentales de las dependencias de la Subred de los archivos de gestión al archivo central.	"Realicé la verificación y recepción de las transferencias documentales de las siguientes dependencias, validando el cumplimiento de los lineamientos establecidos para su entrega, la conformidad de la documentación con las Tablas de Retención Documental (TRD) y la correcta organización de los expedientes para su incorporación al archivo central: Dirección Financiera – Contabilidad."	Acta de verificación de la transferencia documental
Realizar capacitaciones en materia de gestión documental con base en los lineamientos definidos por la entidad.	"Apoyé el desarrollo de las siguientes jornadas de capacitación dirigidas a los colaboradores de la Subred Sur Occidente, con el propósito de fortalecer los conocimientos y la correcta aplicación de los lineamientos en materia de gestión documental: Inducción en gestión documental para nuevos colaboradores. Entrenamiento en Actividades Específicas Sistema de gestión documental AGIL SALUD"	Listado de Asistencia Capacitación Entrenamiento en Actividades Específicas
Apoyar en la elaboración y actualización de los inventarios documentales en las diferentes fases de archivo.	"Apoyé en la verificación y validación de los inventarios documentales de las siguientes sedes y dependencias, con el fin de identificar y subsanar hallazgos relacionados con inconsistencias en la información, la ubicación física de los expedientes y la actualización de los registros documentales: Hospital de Fontibón. Hospital Pablo VI."	Inventarios Documentales del Archivo Central
Gestionar el préstamo y consulta de expedientes que reposan en el Archivo Central, conforme a lo establecido el procedimiento de préstamo y consulta de expedientes del archivo central. De igual forma, realizar seguimiento a la devolución de los expedientes que son objeto de préstamo a los usuarios internos de la entidad.	"Apoyé el seguimiento y control de los préstamos documentales solicitados por las siguientes dependencias, garantizando el registro, la trazabilidad, la entrega oportuna y la devolución de la documentación, de conformidad con los procedimientos establecidos para la administración y consulta de los archivos: Dirección de Talento Humano – Expedientes contractuales."	Comunicación de respuesta a la solicitud de préstamo
Elaborar los documentos, informes y soportes requeridos sobre el cumplimiento de los contratos, convenios programas o planes del subproceso de gestión documental. Lo anterior. se desarrolla teniendo en cuenta lo lineamientos establecidos por la entidad.	La actividad no fue ejecutada durante el período objeto del presente informe, debido a la reprogramación de las actividades operativas y a la priorización de otros requerimientos institucionales. Su desarrollo queda programado para una próxima jornada, de acuerdo con el cronograma establecido y las necesidades del servicio.	El producto será entregado de acuerdo con el cronograma establecido y la ejecución de la actividad programada.
Realizar seguimiento a las actividades establecidas a los técnicos que apoyan el proceso de gestión documental	"Realicé el seguimiento al cumplimiento de las actividades desarrolladas por los profesionales técnicos, de acuerdo con el cronograma establecido, verificando la ejecución de los acompañamientos, el cumplimiento de los compromisos adquiridos y el cargue oportuno de las actas y demás evidencias en el repositorio dispuesto para tal fin. Se relacionan los profesionales técnicos objeto de seguimiento durante el período: Martha Martínez Fabio Higueera"	Cronograma de Acompañamientos Técnicos

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Apoyar la vinificación de las tablas de valoración documental de los Fondos Documentales identificados en la entidad.	La actividad no fue ejecutada durante el período objeto del presente informe, debido a la reprogramación de las actividades operativas y a la priorización de otros requerimientos institucionales. Su desarrollo queda programado para una próxima jornada, de acuerdo con el cronograma establecido y las necesidades del servicio.	El producto será entregado de acuerdo con el cronograma establecido y la ejecución de la actividad programada.
Apoyar los acompañamientos técnicos en materia de gestión documental requeridos por las dependencias y procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.	"Realicé acompañamientos técnicos en Gestión Documental a las diferentes dependencias de la Subred Sur Occidente, brindando orientación y apoyo en el desarrollo y fortalecimiento de sus subprocesos, con el propósito de garantizar el cumplimiento de los lineamientos institucionales y de la normatividad archivística vigente. Se relacionan las dependencias acompañadas durante el período: Sede Cundinamarca – Oficina de Control Interno. Dirección de Talento Humano"	Actas de Acompañamiento técnico
Gestionar la entrega y control de las unidades de conservación requeridas por las dependencias de la entidad.	"Apoyé la entrega de unidades de conservación a las diferentes dependencias de la entidad, realizando el seguimiento a las solicitudes tramitadas mediante tickets y verificando su atención de acuerdo con la aprobación del profesional responsable, garantizando la entrega oportuna y el control de los insumos requeridos para la adecuada organización documental. Se relacionan las dependencias atendidas durante el período: Oficina de Control Interno."	Formato de entrega de unidades de conservación
Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades contractuales que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad.	Apliqué el código de integridad de la entidad, conociendo su visión, misión, valores y principios, y cumpliendo con las obligaciones contractuales.	Aplico el código de integridad de la entidad
Participar en las reuniones y mesas de trabajo que se programen, relacionadas con las obligaciones contractuales.	Participé en la reunión y en la mesa de trabajo programadas por el líder profesional de Gestión Documental, con el propósito de verificar la trazabilidad y el avance en el desarrollo de la actividades del Archivo Central	Cronograma de seguimiento a las actividades
Adelantar las demás actividades que le sean asignadas, por el supervisor (a) y que guarden concordancia con el objeto contractual.	Elaboraré el informe de actividades del mes de agosto, notificando las acciones realizadas en cumplimiento de las obligaciones contractuales.	Informe de actividades mes de agosto

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Controlada Subred Sur Occidente