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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	**JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA**											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	80.492.427						
CORREO ELECTRONICO:					CELULAR:	3118277544						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**Administrativa**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SU37		Administrativa		SEDE:							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU37R35	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380600424								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1046-2021**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		**2 DE 3**	
NÚMERO DE CDP	**31**	FECHA	**8/01/2021**	**NÚMERO DE CRP**	**11188**	**FECHA**	**31/01/2021**
NÚMERO DE CDP	**31**	FECHA	**8/01/2021**	**NÚMERO DE CRP**	**15776**	**FECHA**	**16/02/2021**
OBJETO DEL CONTRATO:	**Mensajero Motorizado**						

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	1	3	2021	**HASTA**	31	3	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.778.049							
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%						

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:	$5.334.147
VALOR EJECUTADO	$3.556.098
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.778.049
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.778.049
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

5334147

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 **$2,271,315** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8348768149	$908.526,00	$113.600	$145.400	4		**$259.000**

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

Martin R

Martin Alfonso Rodriguez L
Nombre y Firma DEI

Jorge Ramirez

JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA
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:	GESTION DOCUMENTAL		**Sede:**	**ADMINISTRATIVA Asdingo**					
No. DE CONTRATO:	1046-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	3	2021		31	3	2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA		**C. C.**	80.492.427			**DE**	BOGOTÁ	

OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subodridnacion ni relacion laboral alguna prestara sus servicios de conocimiento como MENSAJERO de la Sub Red Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x__ NO ____
Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recepcion y distribucion de correspondencia en las distintas areas de la subredsuroccidente	si	Recepcion y distribucion de correspondencia de las distintas areas del hospital	Distribucion de correspondencia (respuestas y quejas) cantidad: 515 Documentos 515 Rutas 0 cumplimiento el 100%
Realizar los pagos de aportes parafiscales de la entidad	si	Realizar los pagos de aportes parafiscales de la entidad	llevar correspondencia a entes de control cantidad: 0
Consolidacion de informacion sobre la gestion del area para la implementacion de correctivos	si	Consolidacion de informacion sobre la gestion del area para la implementacion de correctivos	Cargue y descargue de papeleria cantidad: 0 radicados
Prestar el servicio de mensajeria que le sea asignado de acuerdo a las intrucciones recibidas	si	Prestar el servicio de mensajeria que le sea asignado de acuerdo a las intrucciones recibidas	Llevar registro fotografico de las viviendas en las cuales se les lleva correspondencia cantidad: 0
Distribuir la correspondencia y demas documentos de la entidad	si	Distribuir la correspondencia y demas documentos de la entidad	Radicar los respectivos derechos de peticion y tutelas de la institucion y demas documentos asignados. Cantidad:0

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.778,049. Un millón setecientos setenta y ocho mil cuarenta y nueve pesos M/c

Jorge Ramirez JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA C.C. 80492427	Martin R. 31-03-2021 MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA**, identificado con **CC** número **80492427**, aportó en nombre de **JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA**, identificado(a) con **CC** número **80492427** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **3 - Independiente** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2021-02** y salud **2021-02** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	COTIZACIÓN	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
EPS008	Compensar EPS															0		30	$908.526	$113.600	$0	$0	Febrero - 2021	8348768149	02/03/2021	N
230301	Porvenir															0		30	$908.526	$145.400	$0	$0	Febrero - 2021	8348768149	02/03/2021	N

PAGADO

El presente certificado se expide a los 2 días del mes Marzo de 2021

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA

C.C 80492427 DE BOGOTA

La suma de 1.778.049 Pesos, por concepto de: Mensajería del área gestión documental durante el periodo de 01 marzo al 31 de marzo de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1046-2021

Jorge Ramirez

JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA

C.C. 80492427 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 7380600424