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				3 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											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	4	2021		30	4	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	$5.334.147
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.778.049
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
8349481259	$908.526,00	$113.600	$145.400	4		**$259.000**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Abril 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	4	2021		30	4	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: Documentos 436 Rutas 426 cumplimiento el 99%
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	Martin R. 30-04-2021
JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA	MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ
C.C. 80492427	PROFESIONAL ESPECIALIZADO

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

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 abril al 30 de abril de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1046-2021

JORGE ISIDRO RAMIREZ GARCIA

C.C. 80492427 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 7380600424

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 **2021-03** y salud **2021-03** de la siguiente manera:

CÓDIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	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	Marzo - 2021	8349481259	06/04/2021	N
230301	Porvenir															0		30	$908.526	$145.400	$0	$0	Marzo - 2021	8349481259	06/04/2021	N

PAGADO

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Abril de 2021

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