93154

| 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 | 9/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LISETH KATERINE PEÑA QUIÑONEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.049.635.318 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | liz-kate-09@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3213225828 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | SU37 ASDINGO | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CONTRATACION | | | | SEDE: | Sur | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | 3 | Centro de costo | % | |
| | SU37R32 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 455200219398 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3456-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | Pago 2 | |
| NÚMERO DE CDP | 28 | FECHA | 8/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 15534 | FECHA | 31/01/2020 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación 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 | 3 | 2020 | | 31 | 3 | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.114.000 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

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: | $9.342.000 |
| VALOR EJECUTADO | $3.114.000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.114.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $3.114.000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

**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 COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 41039657 FEBRERO 2020 | $1.245.600 | $155.700 | $199.300 | 3 | $30.400 | **$385.400** |

Dado en Bogotá en el mes de Marzo del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**MÓNICA E GONZALEZ MONTES**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Liseth Katerine Peña
**LISETH KATERINE PEÑA QUIÑONEZ**
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** | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | 2 |
|---|---|---|---|
| | | | 3/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

| **Ubicación del Servicio:** | CONTRATACIÓN | | | | **Sede: ASDINCGO** | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 3456-2020 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 3 | 2.020 | | 31 | 3 | 2.020 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | LISETH KATERINE PEÑA QUIÑONEZ | | **C. C.** | 1.049.635.318 | | | **DE** | TUNJA | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación 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 |
|---|---|---|---|
| 1. Realizar el control legal a todos los documentos de la Dirección de Contratación, tanto en la etapa precontractual, contractual y post contractual. | 100% | Apoyo contingencia OPS | Manejo de adiciones y prorrogas OPS |
| 2. Realizar el control y diligenciamiento a las matrices propias de Dirección de Contratación. | 100% | Elaboracion de la matriz de proveedores y supervisores | Elaboracion de matriz |
| 3. Manejo y diligenciamiento aplicativo SECOP II. | 100% | Manejo de contratos OPS Y bienes y servicios | Se maneja SECOP II para los procesos de bienes, servicios y OPS |
| 4. Aprobación de Pólizas Contractuales | 100% | Revision y aprobacion de polizas de bienes y servicios | Aprobacion de polizas de bienes y servicios |
| 5 Apoyo a la Contratación de Prestación de Servicios - OPS. | 100% | Apoyo en la carga deadiciones y prorrogas de OPS | Cargar adiciones y prorrogas al SECOP II |
| 6. Atención y manejo del usuario interno y externo en debida forma. | 100% | Atencion al publico | Brindar informacion requerida por el usuario |
| 7. Realizar los informes que sean requeridos en cuanto a OPS Y Bienes y Servicios que maneja la Dirección do Contratación. | 100% | Manejo de OPS y minutas de biene y servicios | Se cumple a cabalidad la entrega de informes |
| 8. Garantizar la adherencia y cumplimiento de tos procedimientos establecidos en cada uno de los Procesos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | 100% | Adherencia y cumplimiento de los procedimientos establecidos en los procesos de la subred | Se cumple a cabalidad apoyo en las distintas actividades de la Direccion de Contratacion |
| 9. Realizar supervision a los contratos delegados por la Gerencia y realizar apoyo a la supervisiones de contratos delegadas a la Direccion de Contratacion. | 100% | Realizar apoyo y supervision de los contratos delegados por la Direccion de Contratacion | Se cumple a cabalidad apoyo y supervision de los contratos. |
| 10,Las demás que le sean asignadas por el supervisor del contrato que sean inherentes a la naturaleza del objeto contractual. | 100% | Actualizacion de bases de bienes y servicios vigencias 2017-2018- 2019 | Se cumplen con las tareas asignadas por parte del supervisor del contrato |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR : $3,114.000 TRES MILLONES CIENTO CATORCE MIL PESOS MCTE**

Liseth Katerine Peña.

LISETH KATERINE PEÑA QUIÑONEZ C.C 1,049,635,318 DE TUNJA

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 | 1049635318 | LISETH KATERINE PEÑA QUIÑONEZ | Carrera 8 c 186 67 | 3214167619 | liz-kate-09@hotmail.com | |
| 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-02 | 2020-02 | I | 03/03/2020 | 41039657 | $385.400 | |

## 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 | | | | | |
| CCFC24 | EPS-S Comf Huila | 891180008-2 | 155.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 155.700 | 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 |
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 199.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 199.300 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 30.400 | | | | 30.400 | 0 | 0 | 30.400 | | | 304 | 30.400 | 1 |

| 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 | 155.700 | 155.700 |
| Pensión | 1 | 199.300 | 199.300 |
| Riesgos Laborales | 1 | 30.400 | 30.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 385.400 | 385.400 |

PAGADA
41039657

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 | 1049635318 | LISETH KATERINE PEÑA QUIÑONEZ | Carrera 8 c 186 67 | 3214167619 | liz-kate-09@hotmail.com | |
| 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-02 | 2020-02 | I | 03/03/2020 | 41039657 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $385.400 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colomb. residente | Sanción mora | INGE | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | COMISIÓN | 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 | 1049635318 | PEÑA QUIÑONEZ LISETH KATERINE | 59 | 0 | | | X | | | | | | | X | | | | | | | | | | 230301 | 1.245.600 | 199.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | CCFC24 | 1.245.600 | 155.700 | 14-11 | 1.245.600 | 3 | 30.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información