10469

| 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. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | 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 4 | | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 572 | FECHA | 20/04/2020 | NÚMERO DE CRP | 24222 | FECHA | 30/04/2020 | | | | | |
| 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 | 5 | 2020 | | 31 | 5 | 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: | $18,684,000 |
| VALOR EJECUTADO | $12,456,000 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.114.000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 67% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 42251714 | ABRIL2020 | $1.245.600 | $155.700 | $199.300 | 3 | $30.400 | **$385.400** |

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

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

Liseth Katerine Peña Quiñonez
**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 |
| | 03/04/2017 |
| 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 | 5 | 2.020 | | 31 | 5 | 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 Quiñonez

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 166 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 |
| 2020-04 | 2020-04 | | 04/05/2020 | 42251714 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $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 | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 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 |

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 |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2020-04 | 2020-04 | I | 04/05/2020 | 42251714 | $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 | Colom. exterior | Suscrito | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | 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 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.245.600 | 199.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 1.245.600 | 155.700 | 14-11 | 1.245.600 | 3 | 30.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

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

ADRES
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

La salud es de todos | Minsalud

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| | |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 1049635318 |
| NOMBRES | LISETH KATERINE |
| APELLIDOS | PEÑA QUIÑONEZ |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | BOGOTA D.C. |
| MUNICIPIO | BOGOTA D.C. |

## Datos de afiliación :

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A | CONTRIBUTIVO | 18/02/2020 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha de Impresión:** | 05/19/2020 15:46:09 | **Estación de origen:** | 190.25.249.198 |

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA