81536

| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | LILIANA MARTINEZ DIAZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52516998 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | l.martinezdias@gmail.com | | | | CELULAR: | 3213399925 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | DIRECCION CONTRATACION | | | | SEDE: | ADMINISTRATIVA PRINCIPAL | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | SU37R31 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | COLPATRIA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4702007985 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3837-2019 | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 12 de 12 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1865<br>3 | FECHA | 27/12/2019<br>02/01/2020 | NÚMERO DE CRP | 63477<br>1994 | FECHA | 31/12/2019<br>9/01/2020 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de contratacion, 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 | 1 | 2020 | | 31 | 1 | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.511.595 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | | | NA | | | |

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: | $18.239.913 |
| VALOR EJECUTADO | $18.239.913 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.511.595 |
| 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 **$2,070,290**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8339179646<br>(Diciembre de 2019) | $828.116,00 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | **$256.300** |

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Enero del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**Monica E. Gonzalez Montes**
**Directora de Contratación**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

**Liliana Martinez Diaz, c.c. 52,516,998**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# INFORME DE CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES (BIENES Y SERVICIOS)

| | |
|---|---|
| CÓDIGO: | GJUFO523 |
| APROBACIÓN: | 07/05/2014 |
| ÚLTIMA REVISIÓN: | |
| VERSIÓN: | 1 |
| PÁGINA | 1 DE 1 |

**Ubicaciòn del Servicio:** CUENTAS POR PAGAR — **Sede:** ASDINCGO

| No. DE CONTRATO: 3837-2019 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 1 | 1 | 2020 | | 31 | 1 | 2020 |

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** LILIANA MARTINEZ DIAZ — C. C. 52.516.998 — DE BOGOTA

**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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____NO____ **Servicios:** SI _X_ NO __

| OBLIGACIONES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Realizar el Reparto de los Requerimientos. | 100% | En Septiembre se realizo un reparto de 180 de proceso para adiciones, prorrogas. | Matriz de Seguimiento de Adiciones y prorrogas |
| 2. Realizar el Control de Recepción de requerimientos. | 100% | En Septiembre se recepcionaron 180 proceso de prorrogas, adiciones, modificaciones etc | Matriz de Seguimiento de Adiciones y prorrogas |
| 3, Realizar actividades de apoyo a la Dirección de Contratación. | 100% | se ha cumplido con las actividades de apoyo en la dirección} | Archivo de Gestión Contratación |
| 4. Llevarl el control de agenda y citas de los asuntos propios de la dependencia. | 100% | se ha cumplido con las actividades de apoyo en la dirección} | Archivo de Gestión Contratación |
| 5. Elaborar oficios yt/o documentos que sean requeridos por la dirección. | 100% | se ha cumplido con las actividades de apoyo en la dirección | se ha dado cumplimiento completo. |
| 6. Atención de usuarios internos y externos. | 100% | se atienden de manera inmediata los requerimientos solicitados por los usuarios tanto internos como externos. | Archivo de Gestión Contratación |
| 7. Recibir, revisar, clasificar, radicar y distribvuir los documentos y correspondencia, relacionados con los asusntos de competencia del área. | 100% | Se tiene el 90% de archivo de correspondencia al dia. | Archivo de Gestión Contratación |
| 8. Recepcion, revisión, Clasificacion, radicación y distribución de solicitudes para la elaboración de minutas de bienes y servicios: Adiciones, Prorrogas, modificaciones etc. | 100% | Se tiene el 90% de archivo de correspondencia al dia. | Libro radicador de correspondencia |
| 9. Relacion, gestion, control y distribución diaria de las minutas de contrtatos de prestación de servicio y de bienes y servicios generados por los profesionales para firma de gerencia. | 100% | proceso al dia con firmas de la gerente | se cumple a cabalidad |
| 10. Tramitar la solicitud y expedición de CDPS para contratos de bienes y servicios. | 100% | proceso al dia con CDPS y su respectiva solicitud, | se cumple a cabalidad - libro radicador |
| 11. Recepción, revisión, relación y entrega de documentos entregados por talento humano para elaboración de contratos de prestación de servicios, adiciones, modificaciones, etc. | 100% | Se cumplea a cabalidad | Libro radicador de correspondencia |
| 12. Recepcion, relacion y entrega de reservas presupuestales de bienes y servicios. | 100% | Se cumplea a cabalidad | Libro radicador de requerimientos, adiciones y prorrogas |
| 13. Serguimiento tiempos de actividades en el proceso contractual. | 100% | Se cumplea a cabalidad | Matriz de Seguimiento de Adiciones y prorrogas |
| 14. Las de mas que sean requeridas por el supervisor de acuerdo al objeto contractual. | 100% | Se cumplea a cabalidad | Libro radicador de correspondencia |
| **TOTAL DE EJECUCIÒN:** | 100% | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR: UN MILLON QUINIENTOS ONCE MIL QUINIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS MCTE ($1,511,595)**

CONTRATISTA: _____
LILIANA MARTINEZ DIAZ, CC No 52,516,998

Firma de recibido supervisor: _____
MIONICA E. GONZALEZ MONTES
Directora De Contratación

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

| | |
|---|---|
| **Señor(a):** | LILIANA MARTINEZ DIAZ |
| **No. Identificación:** | CC52516998 |
| **Dirección:** | CRA 71 NO 62A-25 SUR CASA38 |
| **Telefono:** | 7724580 |
| **Correo:** | l.martinezdias@gmail.com |
| **Ciudad:** | BOGOTÁ, D.C. |
| **Número de Planilla:** | 8339840700 |

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | |
|---|---|
| **Nombre Aportante** | LILIANA MARTINEZ DIAZ |
| **Tipo y número de identificación** | CC52516998 |
| **Número de planilla** | 8339840700 |
| **Fecha pago** | 2020-01-13 |
| **Número de autorización pago** | 42047275 |
| **Banco** | 1023 |

| | |
|---|---|
| **Número de Empleados** | 1 |
| **Periodo de Cotización Salud** | diciembre de 2019 |
| **Periodo de Cotización Pensión** | diciembre de 2019 |
| **Número de Administradoras** | 3 |
| **Total Pagado** | 256300 |
| **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 20200 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 132500 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 103600 | 1 |

8339840700

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 52516998
APELLIDOS Y NOMBRES: LILIANA MARTINEZ DIAZ

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS008 | 25-14 | 828116 | 828116 | 828116 | 0 | 103600 | 0 | 132500 | 0 | 20200 | 0 |

Este documento fue generado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# Planillas / Resumen de pago

## Información básica de la planilla

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa:** | LILIANA MARTINEZ DIAZ | **Nit:** | 52516998 |
| **Tipo planilla:** | I | **Periodo liquidación Pensiones** | Diciembre 2019 |
| **Sucursal o Dependencia:** | PRINCIPAL | **Periodo liquidación Salud:** | Diciembre 2019 |
| **Número de radicación:** | 8339840700 | **Total a pagar:** | $256,300 |
| **Fecha de vencimiento:** | 24/01/2020 | **Total de empleados:** | 1 |
| **Fecha de pago:** | 13/01/2020 | **Número de administradoras:** | 3 |

## Detalles del pago

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón social recaudo:** | Compensar OI | **Nit recaudo:** | 9998600669427 |
| **Descripción:** | MiPlanilla.com Pago Proteccion Social | **Medio de pago:** | Pago en Cajas |
| **Banco:** | 1023 | **Número de aprobación:** | 42047275 |
| **Estado de la transacción:** | Transacción aprobada | | |

## Totales

| Código | NIT | Administradoras | No. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total pagado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790 | ARL SURA | 1 | | $0.00 | $20,200 |
| 25-14 | 900336004 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 1 | | $0.00 | $132,500 |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS | 1 | | $0.00 | $103,600 |
| | | | | | | **$256,300** |

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos

»Ver planillas pagadas

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

Recuerde verificar por la opción de consultas que su planilla este PAGADA en el sistema.

Exportar reporte a Excel Exportar reporte a PDF

Imprimir transacción

https://www.miplanilla.com/

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

compensar | miplanilla.com Comfenalco Valle delagente certicámara Acerca de los certificados SSL ISO / IEC 27001 Icontec Certificado N° SI 006-1

Powered by Cenet Edinet