19009

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:	XIOMARA OROZCO MORALES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53.006.002						
CORREO ELECTRONICO:	xiomara53006@hotmail.com				CELULAR:	3124462585						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SERVICIOS GENERALES				SEDE:							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	KE10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	1600093890								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2909-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	12 DE 12						
NÚMERO DE CDP	25	FECHA	10-ene-19		NÚMERO DE CRP	9615	FECHA	15-ene-19				
	1922		28-nov-19			47554		30-nov-19				
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO I											
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
		1	1	19		31	1	19				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.591.000											
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%										

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.887.500
VALOR EJECUTADO	$19.887.500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.591.000
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 **$1.844.293**, 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
398814245	$ 781.242	$97.655	$124.999	3	$19.100	**$241.754**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Enero del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Xiomara Orozco M
XIOMARA OROZCO MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Enero 23/19

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	

000-1

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS GENERALES - ASEO- VIGILANCIA								Sede: USS KENNEDY		
No. DE CONTRATO:	2909 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	1	19		31	1	19		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	XIOMARA OROZCO MORALES		C. C.		53.006.002		DE		BOGOTÁ		

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 como **TECNICO I** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ___ Servicios: SI __X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1.Apoyo administrativo a los requerimeintos relacionados con aseo, vigilancia y lavanderia de los difernetes puntos de atención de la Subred como son lista pedido de insumos, alimentar base de datos de excel, levantamiento de actas de seguimiento relacionadas con la supervisión de los contratos.	100%	1. Elaboración de requerimientos relacionados con contrato de vigilancia y aseo.	Informe Mensual
2.Recepción verificacion de las facturas de aseo, vigilancia y lavanderia, elaboracion de certificaciones y estado de ejecución de los comtratos para su posterior entrega al área correspondiente.	100%	2. Recepción y elaboración de constancia de recibo a satisfacción de las facturas de Aseo y Vigilancia para su respectivo trámite.	Informe Mensual
3.Elaboración de requerimientos y cuentas de cobro del personal de OPS.	100%	1. Elaboración de las cuentas de cobro de contratistas del mes de septiembre.	Informe Mensual
4.Recepsiónar y direccionar los requerimeintos de PQRS, y hecer respectivo seguimeinto para hacer entrega oportuna de las respuestas.	100%	1. P.Q.R.S. Recibidos y trasladadas a su correspondiente tramite (Entrega a los supervisores y posterior diligenciamiento en formato para entrega de en la oficina de calidad	Informe Mensual
5.Organización del archivo del área de acuerdo a las normas de gestion documental.	100%	Radicación y distribución de comunicación. 2. Organización de archivo de gestión.	Informe Mensual
6.Presentar al supervisor de la Orden de Prestación de servicios los indicadores, los originales y las copias de los recibos de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, inconcordancia con el articulo primero de la Ley 828 de 2003.	100%	Informe según requerimiento.	Informe Mensual
7.Presentar informe y/o reporte de actividades según objeto de contrato y cuando se requiera.	100%	Presentación de Informe según el requerimiento.	Informe Mensual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON QUINIENTOS NOVENTA Y UN MIL PESOS M/CTE ($1.591.000,00)

Xiomara Orozco M.

XIOMARA OROZCO MORALES C.C. 53.006.002

Firma de recibido 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 GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION (U C S D)	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO	PERIODOS DE COTIZACION SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO	NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
CC	53006002-	XIOMARA OROZCO MORALES	U ✓ C S D			12	2018	12	2018	32092503	PUBLICA / PRIVADA / MIXTA	PEQUEÑO / GRANDE / INDEPENDIENTE ✓	14-28	83

DIRECCION	CIUDAD/MUNICIPIO	CODIGO	DEPARTAMENTO	CODIGO	TELEFONO	FAX	CORREO ELECTRONICO	ACTIVIDAD ECONOMICA	VALOR NOMINA	TOTAL EMPLEADOS	FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd)	No. AUTORIZACION
cr74 n 44- 29	BOGOTÁ, D.C.	11001	BOGOTÁ D. C.	11	4500447		xiomara53006@hotmail.com	7490	781.242	1	2018/12/26	398614245

TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

COD EPS	NIT EPS	COTIZACION OBLIGATOR	UPC ADICIONAL	INCAPACIDADES No.AUTOR	INCAPACIDADES VALOR	LIC.MATERNIDAD No.AUT	LIC.MATERNIDAD VALOR	NETO COTIZAC	DIAS MORA	INTERESES MORA OBL	INTERESES MORA UPC	SUBTOTAL COTIZACION	SUBTOTAL UPC ADIC.	No. RADIC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG	SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
EPS008	860066942-7	97.700	0		0		0	97.700	0	0	0	97.700	0		0	0	97.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

COD AFP	NIT AFP	COTIZ OBLIGAT	COTIZ VOL AFILIADO	COTIZ VOL APORTANT	FONDO SOLI PENS	DIAS MORA	INTERES MORA COTIZ	INTERES MORA FONDO	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
231001	800227940-6	125.000	0	0	0	0	0	0	125.000	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

COD CCF	NIT CCF	VALOR APORTE	DIAS MORA	INTERESES MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
CCF24	860066942-7	15.700	0	0	15.700	1

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

CONC	VALOR	DIAS MORA	INT MORA	TOTAL A PAGAR	No. AFIL
ICBF					
1	0	0	0	0	0
SENA					
1	0	0	0	0	0

TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

COD ARL	NIT ARL	COTIZ OBLIGAT	INCAPACIDADES No.AUTORIZ	INCAPACIDADES VALOR	APORTES OTROS RIESG	VALOR NETO COTIZACION
14-28	800256161-9	19.100		0	0	19.100
DIAS MORA	INTERES MORA COTI	SUBTOTAL APORT COTIZ	No. RADICAC SALDO A FAVOR	SALDO A FAVOR	FONDO SOLIDARIDAD	TOTAL A PAGAR
0	0	19.100	0	0	191	19.100

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

PENSIONES	1
SALUD	1
RIESGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	1
OTRAS	0
TOTAL	4

TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

VALOR	DIAS MORA	INT MORA FONDO	TOTAL A PAGAR

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	APORTES DE INDEMNIZ Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	125.000	125.000
SALUD	97.700	97.700
RIESGOS LABORALES	19.100	19.100
CCF	15.700	15.700
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	257.500	257.500

Xiomara Orozco M.
CC. 53.006.002

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES																VALOR IBC						LIQUIDACION DE APORTES				
NS	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	FSP	RETENCION	AFC	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	53006002	OROZCO MORALES XIOMARA	EPS008	231001	CCF24												781.242	781.242	781.242	781.242	0			125.000	0	0	97.700	0

Xiomara Orozco M
CC. 53006002