055200

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	%	
	R01-SU37	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-3823-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7					
NÚMERO DE CDP	997	FECHA	22-jul-19	NÚMERO DE CRP	35603	FECHA	31-jul-19				
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO II										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	8	19		31	8	19			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.947.420										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13.631.940
VALOR EJECUTADO	$13.631.940
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.947.420
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 **$2.070.090**, 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
475721213	$ 828.116	$103.515	$132.499	3	$20.200	**$256.213**

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

CARLOS ALBERTO FONSECA SAMACA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

XIOMARA OROZCO MORALES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO REQUISITOS CONTRATO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PASAJEROS**	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO:			CUMPLE	NO CUMPLE
1. TIPO DE VEHICULO:				
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	MODELO:	PLACA:		
TARJETA DE OPERACIÓN :				
LICENCIA DE TRANSITO:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL:				
SOAT:				
CERTIFICACION DE REVISION TECNOMECANICA:				
CERTIFICACION REVISION PREVENTIVA CADA 2 MESES:				
MANTENIMIENTO PREVENTIVO (COMPROBANTES):				
ALISTAMIENTO PREVENTIVO DIARIO:				
2. CONDUCTOR				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
HOJA DE VIDA:				
SEGURIDAD SOCIAL:				
FOTOCOPIA. CÉDULA:				
EXAMEN MED. LABORAL:				
FOTOCOPIA LICENCIA DE CONDUCCION:	VENCE:			
PAZ Y SALVO DE COMPARENDOS:				
CURSO PRIMEROS AUXILIOS:				
CURSO MANEJO DEFENSIVO:				
CURSO ATENCION AL CLIENTE:				
CURSO MECANICA BASICA:				
ANTECEDENTES (POLICIA-CONTRALORIA-PERSONERIA-PROCURADURIA):				
SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNM):				
CONTRATO CON LA EMPRESA TERCERIZADA:				
RUT ACTIVIDAD TRASPORTE (4921)				

VO.BO. SUPERVISOR DEL CONTRATO: _____

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+

Ubicación del Servicio:	OFICINA APOYO ADMINISTRATIVO (TRANSPORTE Y REGRIGERIOS)								**Sede:** ASDINCGO		
No. DE CONTRATO:	3823 - 2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**		
			1	8	19		31	8	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 II** 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. Coordinar el servicio del transporte requerido por las diferentes áreas de la Subred atendiendo de manera oportuna los requerimientos, así como la elaboración de informes sobre el comportamiento de los mismos, buscando la eficiencia en el uso de los recursos.	100%	Se realizo con calidad y oportunidad	Planillas, Cronograma de Turnos
2. Apoyar el seguimiento de los contratos de transporte, combustible y mantenimiento de los vehículos de propiedad de la Subred en cumplimiento de las actividades programadas.	100%	Informe según requerimiento.	Informe Mensual
3. Atender las solicitudes de las diferentes áreas de la Subred y realizar la programación para la entrega de refrigerios. Realizar seguimiento y garantizar la entrega oportuna en cada evento.	100%	Se hizo retiro y entrega oportuna de todos los elementos e insumos autorizxados por la Direccion Administartiva.	Se cumplio con requerimientos de capacitaciones, diplomados, Gerencia, PIC, Pablo VI, Kennedy, Servicios Generales, y diferentes proyector.
Realizar la respectivoa elaboración de los informes que sean requeridos por el área.	100%	Informe según requerimiento.	Informe Mensual

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON NOVECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL CUATROCIENTOS VEINTE PESOS M / L. ($1.947.420,00)

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.

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO REQUISITOS CONTRATO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PASAJEROS**	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO:			CUMPLE	NO CUMPLE
1. TIPO DE VEHICULO:				
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	MODELO:	PLACA:		
TARJETA DE OPERACIÓN :				
LICENCIA DE TRANSITO:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL:				
SOAT:				
CERTIFICACION DE REVISION TECNOMECANICA:				
CERTIFICACION REVISION PREVENTIVA CADA 2 MESES:				
MANTENIMIENTO PREVENTIVO (COMPROBANTES):				
ALISTAMIENTO PREVENTIVO DIARIO:				
2. CONDUCTOR				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
HOJA DE VIDA:				
SEGURIDAD SOCIAL:				
FOTOCOPIA. CÉDULA:				
EXAMEN MED. LABORAL:				
FOTOCOPIA LICENCIA DE CONDUCCION:	VENCE:			
PAZ Y SALVO DE COMPARENDOS:				
CURSO PRIMEROS AUXILIOS:				
CURSO MANEJO DEFENSIVO:				
CURSO ATENCION AL CLIENTE:				
CURSO MECANICA BASICA:				
ANTECEDENTES (POLICIA-CONTRALORIA-PERSONERIA-PROCURADURIA):				
SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNM):				
CONTRATO CON LA EMPRESA TERCERIZADA:				
RUT ACTIVIDAD TRASPORTE (4921)				

VO.BO. SUPERVISOR DEL CONTRATO: _____

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS GENERALES

TIPO	NUMERO	NOMBRE O RAZON SOCIAL	TIPO PRESENTACION	SUCURSAL / DEPENDENCIA	CODIGO
CC	53006002-	XIOMARA OROZCO MORALES	U C S D		

PERIODOS DE COTIZACION

SALUD MES	SALUD AÑO	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES	PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO
7	2019	7	2019

NUMERO RADICACION	TIPO EMPRESA	CLASE DE APORTANTE	CODIGO ARL	CODIGO OPERADOR
36421271	PUBLICA: PRIVADA: MIXTA:	PEQUEÑO: GRANDE: INDEPENDIENTE: X	14-11	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	828,116	1	2019/07/30	475721213

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	103,500	0		0		0	103,600	0	0	0	103,600	0		0	0	103,600	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	132,500	0	0	0	0	0	0	132,500	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	16,600	0	0	16,600	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
14-11	890903790-5	20,200		0	0	20,200
DIAS MORA	**INTERES MORA COTI**	**SUBTOTAL APORT COTIZ**	**No. RADICAC SALDO A FAVOR**	**SALDO A FAVOR**	**FONDO SOLIDARIDAD**	**TOTAL A PAGAR**
0	0	20,200	0	0	202	20,200

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

NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS

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

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA	ANTES DE IGE,LMA,IRP Y MORA	VALOR TOTAL
PENSIONES	132,500	132,500
SALUD	103,600	103,600
RIESGOS LABORALES	20,200	20,200
CCF	16,600	16,600
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	272,900	272,900

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO REQUISITOS CONTRATO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PASAJEROS**	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO:			**CUMPLE**	**NO CUMPLE**
1. TIPO DE VEHICULO:				
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	MODELO:	PLACA:		
TARJETA DE OPERACIÓN :				
LICENCIA DE TRANSITO:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL:				
SOAT:				
CERTIFICACION DE REVISION TECNOMECANICA:				
CERTIFICACION REVISION PREVENTIVA CADA 2 MESES:				
MANTENIMIENTO PREVENTIVO (COMPROBANTES):				
ALISTAMIENTO PREVENTIVO DIARIO:				
2. CONDUCTOR				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
HOJA DE VIDA:				
SEGURIDAD SOCIAL:				
FOTOCOPIA. CEDULA:				
EXAMEN MED. LABORAL:				
FOTOCOPIA LICENCIA DE CONDUCCION:	VENCE:			
PAZ Y SALVO DE COMPARENDOS:				
CURSO PRIMEROS AUXILIOS:				
CURSO MANEJO DEFENSIVO:				
CURSO ATENCION AL CLIENTE:				
CURSO MECANICA BASICA:				
ANTECEDENTES (POLICIA-CONTRALORIA-PERSONERIA-PROCURADURIA):				
SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNM):				
CONTRATO CON LA EMPRESA TERCERIZADA:				
RUT ACTIVIDAD TRASPORTE (4921)				

VO.BO. SUPERVISOR DEL CONTRATO: _____

compensar | miplanilla.com

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

DATOS DEL AFILIADO							NOVEDADES															VALOR IBC							LIQUIDACION DE APORTES				
Nº	TIPO	NUMERO	APELLIDOS Y NOMBRES	COD EPS	COD AFP	COD CAJA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	NUEVA EPS	NUEVA AFP	IBC SALUD	IBC PENSION	IBC CAJAS	IBC RIESGOS	DIAS COTIZADOS	EXTRANJERO	COLOMBIANO EN EXTERIOR	COTIZ PENSION	FONDO SOLIDAR PENSION	APORTE VOLUNT PENSION	COTIZ SALUD	UPC ADICIONAL
1	CC	53006002	OROZCO MORALES XIOMARA	EPS008	231001	CCF24																			828.116	828.116	828.116	828.116	0			132.500	0	0	103.600	0

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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**LISTA DE CHEQUEO CUMPLIMIENTO REQUISITOS CONTRATO DE TRANSPORTE ESPECIAL DE PASAJEROS**	Versión:		ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación:		
		Código:		

LISTA DE CHEQUEO PRE OPERACIONAL

NOMBRE DEL PROPIETARIO DEL VEHICULO:			CUMPLE	NO CUMPLE
1. TIPO DE VEHICULO:				
CAPACIDAD DE PASAJEROS:	MODELO:	PLACA:		
TARJETA DE OPERACIÓN :				
LICENCIA DE TRANSITO:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL EXTRA CONTRACTUAL:				
POLIZA DE RESPONSABILIDAD CIVIL CONTRACTUAL:				
SOAT:				
CERTIFICACION DE REVISION TECNOMECANICA:				
CERTIFICACION REVISION PREVENTIVA CADA 2 MESES:				
MANTENIMIENTO PREVENTIVO (COMPROBANTES):				
ALISTAMIENTO PREVENTIVO DIARIO:				
2. CONDUCTOR				
NOMBRE Y APELLIDOS:				
HOJA DE VIDA:				
SEGURIDAD SOCIAL:				
FOTOCOPIA. CEDULA:				
EXAMEN MED. LABORAL:				
FOTOCOPIA LICENCIA DE CONDUCCION:	VENCE:			
PAZ Y SALVO DE COMPARENDOS:				
CURSO PRIMEROS AUXILIOS:				
CURSO MANEJO DEFENSIVO:				
CURSO ATENCION AL CLIENTE:				
CURSO MECANICA BASICA:				
ANTECEDENTES (POLICIA-CONTRALORIA-PERSONERIA-PROCURADURIA):				
SISTEMA REGISTRO NACIONAL DE MEDIDAS CORRECTIVAS (RNM):				
CONTRATO CON LA EMPRESA TERCERIZADA:				
RUT ACTIVIDAD TRASPORTE (4921)				

VO.BO. SUPERVISOR DEL CONTRATO: _____