124878

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
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	%
	SU37R01	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-3648-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			8 DE 8
NÚMERO DE CDP	1243	FECHA	27-ago-20	NÚMERO DE CRP	36795	FECHA	30-ago-20
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO II						

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	9	2020		30	9	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.021.422							
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$16.171.376
VALOR EJECUTADO	$16.171.376
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.021.422
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 **$2.194.508**, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
45095259	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.400	**$271.574**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de septiembre del año Dos Mil Veinte (2020). 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.	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	

Ubicación del Servicio:	OFICINA APOYO ADMINISTRATIVO (TRANSPORTE Y REGRIGERIOS)								
							Sede: ASDINCGO		
No. DE CONTRATO:	3648-2020	Periodo certificado desde el	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	9	20		30	9	20
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.
4. 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): DOS MILLONES VEINTIUN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDOS PESOS M / L. ($2.021.422,00)

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA 09-2020

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

XIOMARA OROZCO MORALES

C.C 53.006.002 de Bogotá

La suma de DOS MILLONES VEINTIÚN MIL CUATROCIENTOS VEINTIDÓS PESOS (2. O21.422) MCTE., por concepto de servicios prestados como TECNICO ADMINISTRATIVO en el área de OFICINA APOYO LOGISTICO DIRECCION ADMINISTRATIVA durante el periodo de 01 al 30 de septiembre de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3648-2020.

Xiomara Orozco M.

XIOMARA OROZCO MORALES

C.C. 53.006.002 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO: 001600093890

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	53006002	XIOMARA OROZCO MORALES	cr74 n 44- 29	4500447	xiomara53006@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	
2020-08	2020-08	I	02/09/2020	45095259	$289.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	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	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	17.600	0	0	17.600	1

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	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

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	53006002	XIOMARA OROZCO MORALES		cr74 n 44- 29	4500447	xiomara53006@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	
2020-08	2020-08	I	02/09/2020	45095259	$289.300	

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	Extranjero	IRO	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	53006002	OROZCO MORALES XIOMARA	59	0			N																	231001	877.803	140.500	0	0	0	0	EPS008	877.803	109.800	14-11	877.803	3	21.400	CCF24	877.803	17.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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