8043

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	%
	R13-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-2909-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			6 DE 6			
NÚMERO DE CDP	1089	FECHA	20-jun-18	NÚMERO DE CRP	30128	FECHA	30-jun-18			
OBJETO DEL CONTRATO:	TECNICO I									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	18		31	7	18		
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:	$9.546.000
VALOR EJECUTADO	$9.546.000
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
28857910	$ 781.242	$97.655	$124.999	3	$19.100	**$241.754**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Julio del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

NOHORA ZORAYDA FLOREZ PADILLA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Xiomara OrozcoM
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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SERVICIOS GENERALES - LAVANDERIA					Sede: USS KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	SO - 2909 - 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	7	18		31	7	18		
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 lavandería 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, aseo y lavandería.	Informe Mensual
2.Recepción verificacion de las facturas de aseo, vigilancia y lavandería, 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, Vigilancia y Lavandería 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 hacer 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 / L. ($1.591.000.oo)

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 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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	13/07/2018	28857910	$259.500

2018/07/13 352653213

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	97.700	0		0		0	9	700	0	98.400	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	125.000	0	0	0	0	9	900	0	125.900	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										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19.100				19.100	9	200	19.300			191	19.300	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.700	9	200	15.900	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	97.700	98.400
Pensión	1	125.000	125.900
Riesgos Laborales	1	19.100	19.300
CCF	1	15.700	15.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	257.500	259.500

PAGADA 28857910

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							
PERIODO COTIZACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
SALUD		DIFERENTE A SALUD					
MES	AÑO	MES	AÑO				
7	2018	7	2018	I	13/07/2018	28857910	$259.500

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMISIÓN	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
CC	53006002	OROZCO MORALES XIOMARA	59	0			N																	231001	781.242	125.000	0	0	0	0	EPS008	781.242	97.700	14-28	781.242	3	19.100	CCF24	781.242	15.700	0	0	0	0	0

PAGADA

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