| 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 | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 09/11/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YEIMY ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52355826 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | ysaenz2003@gmail.com | | | | CELULAR: | 3174103781 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | FO09 | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES | | | | SEDE: | Fontibon | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K26 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 488403492876 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4998 -2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 8 DE 8 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1285 | FECHA | 20/09/2019 | NÚMERO DE CRP | 45855 | FECHA | 30/09/2019 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, 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 | 10 | 2019 | | 31 | 10 | 2019 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1,710,199 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $14,438,599 |
| VALOR EJECUTADO | $14,210,572 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1,710,199 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $228,027 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

**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 $ 2,070290 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8337971296 | $828,116.00 | $103,600 | $132,500 | 3 | $20,200 | $256,300 |

Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Yenny Andrea Alfonso B

**YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Alexandra Saenz

**ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ**
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: | SALUD PUBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES FO09 | | SEDE: FONTIBON | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | 4998 -2019 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 10 | 2,019 | | 31 | 10 | 2,019 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ | | C. C. | 52.355.826 | | | 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 como APOYO DE GESTION ADMINISTRATIVA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Recepción y gestión de la correspondencia interna y externa del área en la unidad asignada | SI | Se da cumplimiento a satisfaccion de radicacion de oficios y informes de GPAISP | orfeo, correo |
| 2. Gestión del archivo documental basados en las normas de gestión documental establecidas por la institución en coordinación con los técnicos an sistemas y referentes de cada subsistema | SI | Cruce de bases de gestantes y activaciones de rutas POA para informes mensuales, diligenciamiento de la matriz 1186 mes de septiembre aplicativo de secretaria | Envio de Correos con Informacion solitada por cada lider del componente, aprobacion de secretaria de informacion deligenciada. Descarga y consolidacion de la misma. |
| 3. Realización de cronograma de vehículos y seguimiento diario al aprovechamiento del recurso | NO | Reporte los días viernes de los vehiculos que se encuentran asignados y vacantes faltantes del componente | Correo |
| 4. Organización del archivo de seguimiento a las actividades mensuales, garantizar la disponibilidad de los soportes para certificación de actividades y participar en pre auditoría de soportes físicos. | SI | N/A | N/A |
| 5. Articulación con el líder local para la solicitud mensual del pedido de insumos, recepción, organización y distribución de los mismos | SI | Solicitud de papeleria requerida por cada espacio y solicitud de sistemas | correo, acta |
| 6. Realización y recepción de llamadas telefónicas, archivos de fax y depuración de correo electrónico garantizando el recibido de eventos bajo vigilancia mediante radicado en el libro respectivo, entregados a los profesionales y enviados a otras sub redes. | SI | Verificacion de estado de oficios y informes | orfeo, correo |
| 7. Recepción, verificación y consolidación de cronogramas de actividades | SI | Verificacion en Drive | correo |
| 8. Control de inventarios del área verificando la asignación por parte de recursos físicos de muebles, equipos, materiales y útiles a cada funcionario, para el efecto se utilizara formatos de control de inventarios del área de recursos físicos. | NO | N/A | N/A |
| 9. Solicitar y organizar mensualmente por subsistema y coordinación de backup de información, almacenamientos, copias de seguridad de los diferentes archivos magnéticos. | SI | Archivos manejados por drive en el correo de programas | Descarga, Correos |
| 10. Verificar en FOSYGA el pago oportuno de parafiscales para certificación de talento humano del área | SI | Verificación en fosiga de pago de planillas de seguridad social y entrega de cuentas mes de octubre | Correo - Formato de entrega de cuentas mes de septiembre |
| 11. Mantener actualizada la base de talento humano contratado mensualmente con sus novedades. | SI | Actualización de base de Talento humano de secretaria, continuidad y formato de entrega de certificaciones | Envió de bases raqueridas |
| 12. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior de la subred y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida. | SI | Asistir a las reuniones programadas | Reunion de brigadistas 1 de octubre<br>Reunion base talento humano 8 de octubre<br>Reunion de equipo 18 de octubre |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.710.199 UN MILLON SETECIENTOS DIEZ MIL CIENTO NOVENTA Y NUEVE PESOS MCT

CONTRATISTA: ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ CC 52.355.826 BOGOTA Alexandra Saenz

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: 14-11-19

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

**Señor(es):** YEIMY ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ
**Nit:** CC 52355826
**Dirección:** CRA 96 BIS 130-35
**Teléfono:** 4621289 **Fax:**
**Ciudad:** BOGOTA, D.C.

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

| | |
|---|---|
| Nombre | YEIMY ALEXANDRA SAENZ |
| Tipo y número de identificación | 52355826 |
| Número de radicacion planilla | 8337971296 |
| Fecha de pago | 10/15/2019 |
| Número de autorización de pago | 7706402 |
| Banco | 1023 |
| Valor Comisión | $0 |

| | |
|---|---|
| Número de empleados | 1 |
| Periodo cotización salud | Septiembre 2019 |
| Periodo cotización pensión | Septiembre 2019 |
| Periodo cotización caja | Septiembre 2019 |
| Número de administradoras | 4 |
| Total Pagado | $274.700 |
| Total interes mora | $1.800 |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | $20.400 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $133.300 | 1 |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensacion Fliar | $16.700 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | $104.300 | 1 |

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