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:	3174188781						
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			10 DE10			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
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	12	2019		31	12	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:	$17,858,997
VALOR EJECUTADO	$17,630,970
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,710,199
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$228,027
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
39072891	$828,116.00	$103,600	$132,500	3	$20,200	$256,300

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

Jenny Andrea Alfonso B

YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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**	**Dia**	**Mes**	**Año**	**a**	**Dia**	**Mes**	**Año**
			1	12	2,019		31	12	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, quemar CD
2. Gestión del archivo documental basados en las normas de gestión documental establecidas por la institución en coordinación con los técnicos en sistemas y referentes de cada subsistema	SI	Cruce de bases de gestantes y canalizaciones y detallado de facturacion de PYD para informes mensuales, diligenciamiento de la matriz 1186 mes de NOVIEMBRE aplicativo de secretaria, cruce de bases o ajustes que se requieran en el mes.	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 dias viernes de los vehiculos que se encuentran asignados y vacantes faltantes del componente con nrequerimiento.	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 diciembre	Correo - Formato de entrega de cuentas
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 requeridas
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	ULG compensar 4 de diciembre Reunion de equipo 13 de diciembre

OBSERVACIONES:

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

ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ,CC 52.355.826 BOGOTA
CONTRATISTA:

Fecha : dd/mm/aaaa 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	52355826	YEIMY ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ	CRA 96 BIS 130-35	4621289	ASAENZ.ACOLECTIVO.HCO@GMAIL.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	
2019-11	2019-11	1	03/12/2019	39072891	$272.900	

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	103.600	0		0		0	0	0	0	103.600	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	132.500	0	0	0	0	0	0		132.500	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	830903790-5	20.200				20.200	0	0	20.200			202	20.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	16.600	0	0	16.600	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	103.600	103.600
Pensión	1	132.500	132.500
Riesgos Laborales	1	20.200	20.200
CCF	1	16.600	16.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	272.900	272.900

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	52355826	YEIMY ALEXANDRA SAENZ CHAVEZ	CRA 96 BIS 130-35	4621289	ASAENZ.ACOLECTIVO.HCO@GMAIL.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
2019-11	2019-11	I	03/12/2019	39072891	TOTAL A PAGAR	
					$272.900	

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	Exonerado	IRG	AET	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	52355826	SAENZ CHAVEZ YEIMY ALEXANDRA	59	0			N																	25-14	828.116	132.500	0	0	0	0	EPS008	828.116	103.900	14-11	828.116	3	20.200	CCF24	828.116	16.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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