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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY MARIAN SAIZ LEON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1073674702	
CORREO ELECTRONICO:	mariansaiz_1608@hotmail.com				CELULAR:	3213694972	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	ADM DIRECCION ADMINISTRATIVA SEDE ADMINISTRATIVA ASDINGO				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU37R01	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	456870050394				PENSIONADO	NO	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	177			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1361	FECHA	2024-05-30 11:03:21.000	NÚMERO DE CRP	33754	FECHA	2024-06-07 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-06-01		2024-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,402,755				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$12,013,775
VALOR EJECUTADO	$12,013,775
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,402,755
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 $2.194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
76930319	$961,102	$120,138	$153,776	3	$23,412	$297,327

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Apoyar la Dirección Administrativa en la verificación de la información recibida garantizando la oportunidad de los datos requeridos por entes externos e internos.	1. Se verificó la información recibida y se garantizó la oportunidad de los datos requeridos.	Matriz en excel
2. Recibir, direccionar, hacer seguimiento a las respuestas de los derechos de petición e información general que se manejan desde la Dirección Administrativa cumpliendo con los términos establecidos por la ley.	2. Se realizó seguimiento a los documentos por el aplicativo agilsalud, para cumplir con la respuesta en los tiempos establecidos.	Matris en excel y archivos en Agilsalud
3. Organizar la agenda del supervisor o líder del área, reuniones y compromisos a responder.	3. Se organizó y actualizó la agenda del supervisor.	Agenda de correo electronico
4. Redactar, digitar y tramitar las comunicaciones y correspondencia interna y externa que se genere en la oficina de acuerdo con las instrucciones del supervisor y parámetros institucionales que garanticen el control y organización de la información.	4. Se redactó,digitó y tramitó las comunicaciones y correspondencia interna y externa que se genero en la oficina.	Documentos de word
5. Revisar técnicamente los documentos, datos y elementos relacionados con los asuntos competencia del área, dando cumplimiento a los lineamientos de gestión documental: a). Solicitar y recepcionar en las bases de sistemas de información procesándolas y ajustándolas acorde con la contratación vigente. b). Desarrollar las demás actividades que se le sean asignadas afines al objeto contractual requerido.	5. Se revisó técnicamente los documentos, datos y elementos relacionados con los asuntos de competencia del área y se desarrollo las demas actividades.	Agenda de correo electronico
6. Apoyar en la revision y seguimiento a todos los oficios y comunicaciones que se registran en ORFEO.	6. Se realizó seguimiento a los documentos por el aplicativo agilsalud y fueron tramitados.	Archivos en word
7. Realizar seguimiento y apoyar la revisión de los requerimientos de necesidades radicados por los subprocesos para la gestión de la firma por parte de la Dirección Administrativa.	7. Revizar el devido diligenciamieno de los formatos y luego pasarlos a firma.	Matriz en excel
8. Apoyar a la Dirección Administrativa en el tramite de las necesidades de bienes y servicios, adiciones y prorrogas ante la Subgerencia Corporativa y la Dirección de Contratación.	8. Se consolida base de datos con contratos físicos para firma de la Dirección Administrativa y otras Direcciones.	Matriz en excel y libro de entrega
9. Realizar seguimiento y control de la ejecución de las actividades y compromisos asignadoss al personal de la Dirección Administrativa e informar el estado de las mismas al supervisor.	9. Realizar seguimiento a las fechas asignadas para la entrega de las actividades, revisar y recoger firmas para ser entregadas puntualmente.	Matriz en excel
10. Apoyar en el seguimiento de la entrega de los informes finales de supervisión requeridos para la liquidación de los contratos que se encuentran bajo la supervisión de los subprocesos que hacen parte de la Dirección Administrativa.	10. Realizar seguimiento a las fechas asignadas para la entrega de las actividades, revisar y recoger firmas para ser entregadas puntualmente.	Matriz en excel
11. Apoyar en el seguimiento a la ejecución de los contratos que se encuentran bajo la supervisión de los Subprocesos de la Dirección Administrativa y de esta forma generar las alertas para los requerimientos de adición, prorroga o nuevos procesos contractuales.	11. Realizar seguimiento a las fechas asignadas para la entrega de las actividades, revisar y recoger firmas para ser entregadas puntualmente.	Matriz en excel
12. Ejecer todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor o coordinador afines e inherentes a la naturaleza de las actividades contractuales.	12. Redactar oficios de respuesta como notas internas y externas por el aplicativo agilsalud de acuerdo a lo solicitado.	Matriz en excel

Copia Controlada
Subred Sur Occidente

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR
43871908
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Leidy Marian Saiz León

C.C: 1´073.674.702 DE Soacha

LA SUMA DE DOS MILLONES CUATROCIENTOS DOS MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS ($2.402.755), por concepto de: Prestación de servicios como Apoyo Técnico Administrativo II del Área de la Dirección Administrativa en la sede Administrativa Asdincgo, durante el periodo de 1 al 30 junio del 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 177-2024

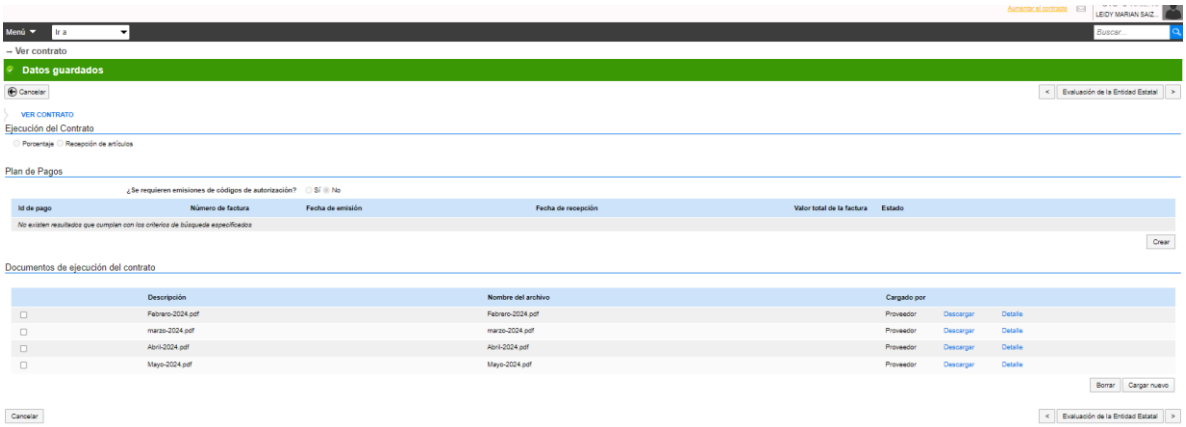


Leidy Marian Saiz León

C.C: 1´073.674.702 DE Soacha

CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda

NUMERO 456870050394


Aumentar el contraste
LEIDY MARIAN SAIZ...
Menú
Ir a
Buscar...
– Ver contrato
Datos guardados
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >
VER CONTRATO
Ejecución del Contrato
Porcentaje Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
Febrero-2024.pdf
Febrero-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
marzo-2024.pdf
marzo-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Abril-2024.pdf
Abril-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Mayo-2024.pdf
Mayo-2024.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
< Evaluación de la Entidad Estatal >

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	1073674702	LEIDY MARIAN SAIZ LEON	calle 24 b 12 28	3213694972	mariansaiz_1608@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	SOACHA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	76930319	$404.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	7	900	0	163.400	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	7	1.200	0	209.200	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	31.700				31.700	7	200	31.900			317	31.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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	162.500	163.400
Pensión	1	208.000	209.200
Riesgos Laborales	1	31.700	31.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	404.500

PAGADA

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	1073674702	LEIDY MARIAN SAIZ LEON		calle 24 b 12 28	3213694972	mariansaiz_1608@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOACHA		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	
2024-05	2024-05	I	12/06/2024	76930319	$404.500	

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	Estornado	ING	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	1073674702	SAIZ LEON LEIDY MARIAN	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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