66743 2

| 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 | 15/02/2018 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NUBIA STELLA GONZALEZ MAYORGA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | | C.E | | NO. | 39724488 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | stellitag06@gmail.com | | CELULAR: | 3123009146 | | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | NA | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | CONTRATACION | | SEDE: | SEDE ADMINISTRATIVA PRINCIPAL | | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | SU37R30 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20265685817 | | | | | | PENSIONADO | No | | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3833-2019 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 9 | |
| NÚMERO DE CDP | 1287 | FECHA | 20/09/2019 | NÚMERO DE CRP | 44949 | FECHA | 30/09/2019 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | **Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Contratación 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: | $1.685.925 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administratvo | RESERVA DE GLOSA 2% | 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: | $15.173.325 |
| VALOR EJECUTADO | $15.173.325 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.685.925 |
| 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 **$2.070.290**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 503674760 septiembre 2019 | $828.116,00 | $103.600 | $132.500 | 3 | $20.200 | **$256.300** |

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

**MARLLY LUCEY ACOSTA GONZALEZ**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR (E )

**Nubia Stella Gonzalez Mayorga**
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:** | DIRECCION DE CONTRATACION | | | | **Sede: ADMINISTRATIVA PRNCIPAL** | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **No. DE CONTRATO:** | 3833-2019 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 10 | 2.019 | | 31 | 10 | 2.019 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | NUBIA STELLA GONZALEZ MAYORGA | | **C. C.** | | 39.724.488 | | **DE** | Sibate | |

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Contratación 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.

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Liderar el Proceso de Gestion documental de los procesos contractuales. | si | Desiganacion y ubicación de los procesos contractuales | Archivo fisico |
| 2. Revisar, clasificar y archivar documentos, datos y elementos relacionados con los asuntos de competencia del área. | si | Proceso tecnico y archivistico de los procesos contractuales | Archivo fisico |
| 3. Apoyar en el proceso de acopio, archivo de la documentación producida durante las etapas contractuales de los contratos de prestación de servicios y Bienes y Servicios de acuerdo con los controles establecidos para tal fin. | si | Proceso tecnico y archivistico de los procesos contractuales | Archivo fisico |
| 4. Llevar y mantener el archivo de contratación de garantizando la adecuada custodia de los documentos. | si | Proceso tecnico y archivistico de los procesos contractuales | Archivo fisico |
| 5. Adelantar el trámite pertinente para obtener las firmas de los documentos que lo requieran | no | Noticacion telefonica a contratistas y supervisores | Firmas de documentos |
| 6. Entregar la designación de supervision al colaborador respectivo tanto de los contratos nuevos como de las modificaciones que surjan de la ejecución del contrato. | no | Seguimiento a procesos contractuales designados | Firmas de contratistas |
| 7. Apoyar la radicación en el area de Presupuesto de todas las solicitudes y liquidaciones suscritas para efectos de legalización de CDP y RP y reversión de saldos. | n/a | no aplica para el mes reportado | N/A |
| 8. Brindar apoyo administrativo al Area en las actividades que surjan según las necesidades institucionales. | si | Scaneo de documentacion, tramite y gestion a solicitudes de entes auditores | Respuesta a solicitudes |
| 9. Manejar con discreción la información de la dependencia. | si | Confidencialidad en la informacion manejada | Manejo adecuado de la informacion |
| 10. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada. | no | Cumplimiento a requerimientos de la supervisora | Respuesta a solicitudes |
| 11. Coadyuvar al cumplimiento del plan de gestión institucional, a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas en los planes y proyectos en el área asignada. | no | Cumplimiento a requerimientos de la supervisora | Respuesta a solicitudes |
| 12. Cumplir con lo señalado en la Ley de Gestion Documental, liderando el proceso de Archivistica de la Direccion de Contratacion. | SI, | Cumplimiento de directrices frente a gestion documental | Archivo fisico |
| 13. Desarrollar las demas actividades afines con el objeto contractual. | SI | Radicacion de documentos en entidades internas y externas | Recibido de documentos |
| | | | |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1.685.925**

NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:NUBIA STELLA GONZALEZ MAYORGA cc 39724488

Fecha : 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

PAG 1 DE 2

## DATOS GENERALES

| TIPO | NUMERO | NOMBRE O RAZON SOCIAL | TIPO PRESENTACION (U C S D) | SUCURSAL / DEPENDENCIA | CODIGO |
|---|---|---|---|---|---|
| CC | 39724488- | NUBIA STELLA GONZALEZ MAYORGA | U ☑ C ☐ S ☐ D ☐ | | |

### PERIODOS DE COTIZACION

| SALUD MES | SALUD AÑO | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF MES | PENSIONES, RIESGOS LAB, CCF, SENA, ICBF AÑO |
|---|---|---|---|
| 9 | 2019 | 9 | 2019 |

| NUMERO RADICACION | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE | CODIGO ARL | CODIGO OPERADOR |
|---|---|---|---|---|
| 37698412 | PUBLICA ☐ PRIVADA ☑ MIXTA ☐ | PEQUEÑO ☐ GRANDE ☐ INDEPENDIENTE ☑ | 14-11 | 83 |

| DIRECCION | CIUDAD/MUNICIPIO | CODIGO | DEPARTAMENTO | CODIGO | TELEFONO | FAX | CORREO ELECTRONICO | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS | FECHA DE PAGO (aaaa/mm/dd) | No. AUTORIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| TRANSV 5 14 64 URB PARQUES DEL MUÑA | BOGOTÁ, D.C. | 11001 | BOGOTÁ D. C. | 11 | 5295284 | | gualdrong21@hotmail.com | 7490 | 0 | 1 | 2019/10/04 | 503674760 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| COD EPS | NIT EPS | COTIZACION OBLIGATOR | UPC ADICIONAL | INCAPACIDADES No.AUTOR | INCAPACIDADES VALOR | LIC.MATERNIDAD No.AUT | LIC.MATERNIDAD VALOR | NETO COTIZAC | DIAS MORA | INTERESES MORA OBL | INTERESES MORA UPC | SUBTOTAL COTIZACION | SUBTOTAL UPC ADIC. | No. RADIC SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR COTIZ OBLIG | SALDO A FAVOR UPC ADICIONAL | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264-2 | 103.600 | 0 | | 0 | | 0 | 103.600 | 0 | 0 | 0 | 103.600 | 0 | | 0 | 0 | 103.600 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A PENSIONES POR ADMINISTRADORA

| COD AFP | NIT AFP | COTIZ OBLIGAT | COTIZ VOL AFILIADO | COTIZ VOL APORTANT | FONDO SOLI PENS | DIAS MORA | INTERES MORA COTIZ | INTERES MORA FONDO | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 900336004-7/ | 132.500 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 132.500 | 1 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES

| COD ARL | NIT ARL | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES No.AUTORIZ | INCAPACIDADES VALOR | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | 890903790-5 | 20.200 | | 0 | 0 | 20.200 |
| **DIAS MORA** | **INTERES MORA COTI** | **SUBTOTAL APORT COTIZ** | **No. RADICAC SALDO A FAVOR** | **SALDO A FAVOR** | **FONDO SOLIDARIDAD** | **TOTAL A PAGAR** |
| 0 | 0 | 20.200 | 0 | 0 | 202 | 20.200 |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP

| VALOR | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|
| | | | |

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A CAJAS POR ADMINISTRADORA

| COD CCF | NIT CCF | VALOR APORTE | DIAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|---|

## TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA

| CONC | VALOR | DIAS MORA | INT MORA | TOTAL A PAGAR | No. AFIL |
|---|---|---|---|---|---|
| **ICBF** | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| **SENA** | | | | | |
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS | |
|---|---|
| PENSIONES | 1 |
| SALUD | 1 |
| RIESGOS LABORALES | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION | 0 |
| OTRAS | 0 |
| TOTAL | 3 |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGE,IMA,IRP Y MORA | VALOR TOTAL |
|---|---|---|
| PENSIONES | 132.500 | 132.500 |
| SALUD | 103.600 | 103.600 |
| RIESGOS LABORALES | 20.200 | 20.200 |
| CCF | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 |
| MINISTERIO DE EDUCACION | 0 | 0 |
| GRAN TOTAL | 256.300 | 256.300 |

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