| 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: | ALEJANDRA SAAVEDRA IBARRA | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1007288836 | |
| CORREO ELECTRONICO: | omaira13alejandra@gmail.com | | | | CELULAR: | 3114676120 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | ADM SERVICIOS GENERALES USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | KE10R13 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 550488445608471 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5656 | | | VIGENCIA | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 2466 | FECHA | 2024-11-28 15:56:53.000 | NÚMERO DE CRP | 74036 | FECHA | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR ADMINISTRATIVO II | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-11-01 | | 2024-11-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $1,865,028 | | | | |
| 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: | $10,506,324 |
| VALOR EJECUTADO | $10,506,324 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $1,865,028 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 81951148 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

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

carlos alberto fonseca samacá
11388795
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 |
|---|---|---|
| Aplicar, mensualmente las lista de chequeo de las obligaciones de los contratos tercerizados (vigilancia, aseo y lavandería) en las unidades asignadas, para verificar calidad, cumplimiento y oportunidad. | Se realiza recorrido por cada una de las areas de cada una de las sedes asignadas (Localidad de Fontibon) por el supervisor de contrato con el fin de verificar el cumplimiento de cada uno de los items estipulados en las listas de chequeo | lista de chequeo |
| Realizar mensualmente encuestas de satisfacción en las unidades asignadas de los procesos de aseo, vigilancia y lavandería | Se realiza la verifificacion | encuestas |
| Verificar el estado de las instalaciones y realización de actividades de las empresas tercerizadas en cada una y reportar a su inmediato superior las novedades registradas. | Se realiza recorrido por cada una de las areas de cada una de las sedes asignadas (Localidad de Fontibon) por el supervisor de contrato con el fin de verificar el cumplimiento de cada uno de los items estipulados en las listas de chequeo | encuestas |
| Supervisar la recepción, almacenamiento y kárdex de los insumos entregados por la empresa de Aseo, Limpieza, Desinfección y Cafetería en cada una de las unidades asignadas; así como el suministro oportuno en cada servicio. | Se realiza la respectiva revision de las planillas del Kardex e insumos, informando cualquier tipo de anomalia | lista de chequeo |
| Verificar el libro de control de ingreso de los operarios de Aseo y Vigilancia; registrando y reportando a su inmediato superior, las novedades presentadas. Verificar el cumplimiento del talento humano asignado para cada unidad y reportar, con oportunidad mensualmente, los ausentismos encontrados. | Se realiza la respectiva revision de los libros de control de ingreso del area de Servicios Generales y Vigilancia, informando cualquier tipo de novedad | planillas |
| Resolver las solicitudes, novedades e inconvenientes presentados en las unidades asignadas de acuerdo a su alcance y en su defecto reportarlas a su inmediato superior | Una vez realizado el reccorrido por las diferentes sedes se informa cualquier tipo de novedad ya sea al lso jefes inmediatos o al supervisor del contrato | se realiza acompañamiento |
| Realizar acompañamiento mensual de entrega de insumos por la empresa tercerizada y seguimiento de disponibilidad en cada servicio de las unidades asignadas. | Se realiza recorrido por cada una de las sedes con acompañamiento de la empresa de aseo para entrega de insumos en las fechas establecidas de cada mes y de acuerdo al pedido solicitado por cada una de las supervisoras de Servicios Generales | se realiza acompañamiento |
| Verificar el óptimo funcionamiento de los equipos utilizados por la empresa tercerizada para la realización de las actividades en cada unidad asignada. | se realiza verificacion durante el recorrido haciendo seguimiento de acuerdo a las listas de chequeo | se realiza acompañamiento |
| Realizar control y seguimiento al cumplimiento de agenda y realización de servicios especiales (Mantenimiento de jardines y césped. | Esta actividad se encuentra pendiente | Esta actividad se encuentra pendiente |
| Realizar revisión diaria de correos institucionales (aseo y vigilancia). | Esta actividad se encuentra pendiente | Esta actividad se encuentra pendiente |
| Realizar revisión y seguimiento de la entrega de ropa hospitalaria, consolidar la información el inventario de ropa que se encuentra en circulación de las sedes asignadas y proceder a informar las necesidades al supervisor del contrato | Se realiza la respectiva revision de las planillas del Kardex e insumos, informando cualquier tipo de anomalia | listas de chequeo |
| Realizar y verificar la información de las planillas de kilos diarios para el respectivo soporte de la factura mensual de las sedes asignadas. | Se realiza la respectiva revision de las planillas del Kardex e insumos, informando cualquier tipo de anomalia | listas de chequeo |

carlos alberto fonseca samacá
11388795
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 Controlada
Subred Sur Occidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

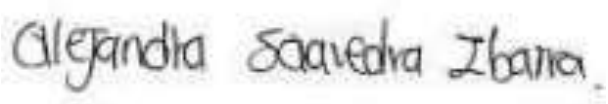
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**OMAIRA ALEJANDRA SAAVEDRA IBARRA**

**C.C. 1007288836 SOACHA CUND**

La suma de UN MILLÓN OCHOCIENTOS SESENTA Y CINCO MIL VEINTIOCHO PESOS ($1.865.028), por concepto de: Prestación de servicios, del área de servicios tercerizados, como auxiliar administrativa II en la sede HOSPITAL DE KENNEDY durante el periodo desde 1 hasta 30 de NOVIEMBRE de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5656-2024

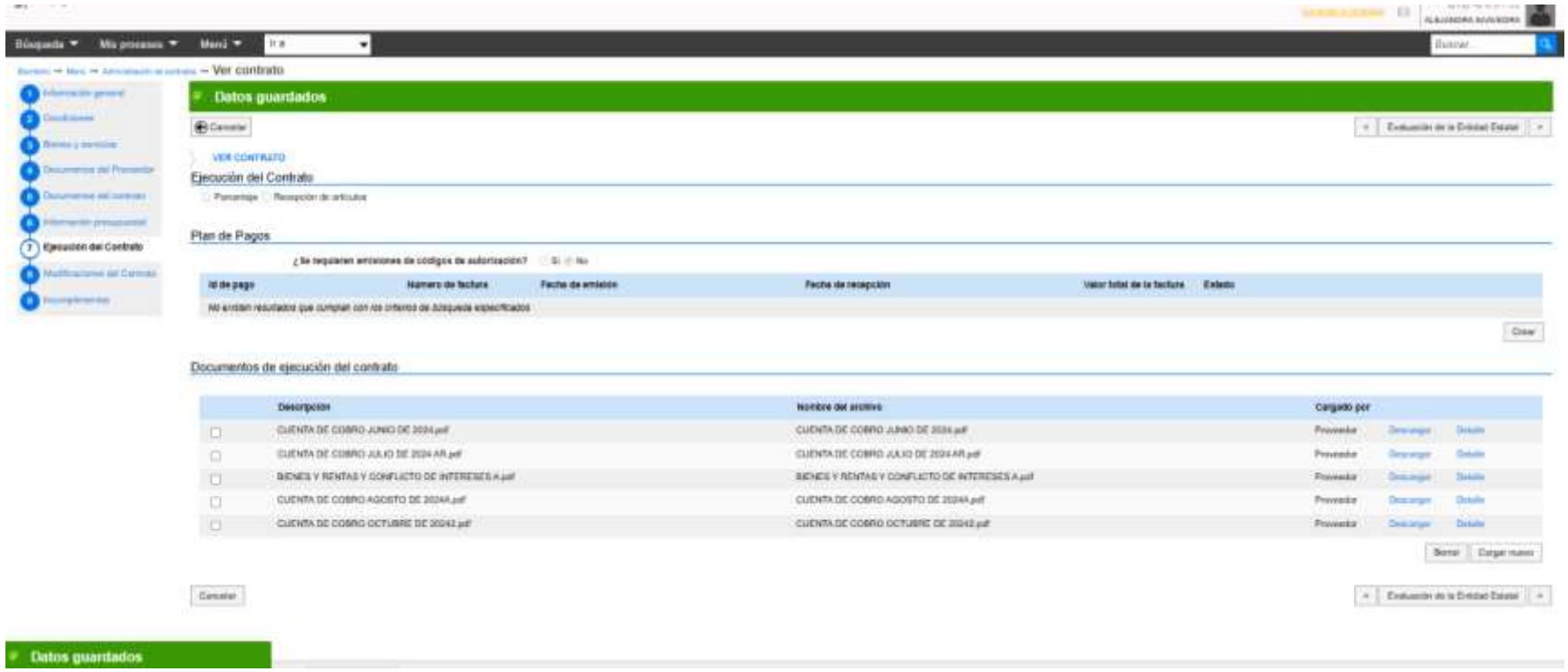


**OMAIRA ALEJANDRA SAAVEDRA IBARRA**

**C.C. 1007288836 SOACHA CUND**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NÚMERO** 550488445608471


Búsqueda
Mis procesos
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?
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
CUENTA DE COBRO JUNIO DE 2024.pdf
CUENTA DE COBRO JULIO DE 2024 AR.pdf
BIENES Y RENTAS Y CONFLICTO DE INTERESES A.pdf
CUENTA DE COBRO AGOSTO DE 2024A.pdf
CUENTA DE COBRO OCTUBRE DE 2024Z.pdf
Proveedor
Descargar
Eliminar
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal
Datos guardados

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 | 1007288836 | OMAIRA ALEJANDRA SAAVEDRA IBARRA | calle 33 # 0-51 | 4676120 | omaira13alejandra@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | SI |

| 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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 22/11/2024 | 81951148 | $405.000 | |

## 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 | | | | | |
| ESSC24 | EPS-S Coosalud | 900226715-3 | 162.500 | 0 | | 0 | | 0 | 9 | 1.100 | 0 | 163.600 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 9 | 1.400 | 0 | 209.400 | 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 | 9 | 300 | 32.000 | | | 317 | 32.000 | 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 | 9 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 9 | 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 | 163.600 |
| Pensión | 1 | 208.000 | 209.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.700 | 32.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 402.200 | 405.000 |

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 | 1007288836 | OMAIRA ALEJANDRA SAAVEDRA IBARRA | | calle 33 # 0-51 | 4676120 | omaira13alejandra@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOACHA | | SI |

| 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 | |
| 2024-10 | 2024-10 | I | 22/11/2024 | 81951148 | $405.000 | |

## 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 | 1007288836 | SAAVEDRA IBARRA OMAIRA ALEJANDRA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1.300.000 | 208.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | ESSC24 | 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