ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SECRETARÍA DE INTEGRACIÓN SOCIAL	PROCESO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES PARA LA INCLUSION SOCIAL FORMATO LIQUIDACION VALOR A FACTURAR EN EL PERIODO PARA SERVICIOS TERCERIZADOS DE DISCAPACIDAD	Código: FOR-PSS-098 Versión: 2 Fecha: Memo I2023022388 - 01/08/2023 Página: 1 de 1

1. CONTRATO/CONVENIO N° Y FECHA	7493-2024	
2. CONTRATISTA/ASOCIADO	FUNDACION INTEGRAL PARA EL DESARROLLO HUMANO FIPADH	
3. NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	CENTRO INTEGRARTE ATENCIÓN EXTERNA GRUPO 8	
4. PERIODO	1/3/2025	31/3/2025
5 CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	20	
6 CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	30	
7. COBERTURA	60	
8. DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	71	
9. DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	104	

10. APORTE SDIS		
VALOR TOTAL	$	462.526.480
VALOR COSTOS FIJOS	$	303.723.892
VALOR COSTOS VARIABLES	$	12.014.569
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	$	146.788.019

11. COSTOS FIJOS DEL PERIODO		
TALENTO HUMANO	$	66.359.770
ASEO INSTITUCIONAL	$	964.605
DESGASTE Y USO DE LOS BIENES NO CONSUMIBLES	$	2.672.953
BIENES CONSUMIBLES	$	1.090.078
VIGILANCIA	$	2.009.768
MEDIOS TECNOLOGICOS	$	534.687
ESPACIO FÍSICO FUNCIONAL (INSTALACIONES)	$	13.980.800
VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA	$	48.674
VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	**$**	**87.612.661**

12. COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA		
ALIMENTOS	$	2.179
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL	$	642
	$	-
	$	**2.820**

13. COSTOS POR REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD	**VALOR COSTO POR REALIZACIÓN**
TRANSPORTE	$ 39.415.957
SERVICIOS PUBLICOS	$ 1.503.403
Reparaciones de Infraestructura	$ 60.000
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN A PAGAR EN EL PERIODO	**$ 40.979.360**

14. COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO POR TIEMPO DE COMIDA		
NUEVES REFORZADAS	$	661
ALMUERZO	$	1.159
ONCES	$	358
	$	2.179

15. VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	$ 2.840.924

16. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	$ 131.432.946
17. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	$ -
18. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	$ 131.432.946

19. CUPO	20. DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	21. VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	22. DIAS CON NOVEDAD	23. VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	24. VALOR COSTO VARIABLE DÍAS CON NOVEDAD	25. NÚMERODIAS DE HOSPITALIZACIÓN	26. VALOR COSTO VARIABLE: (HOSPITALIZACIÓN)	27. NÚMERODIAS MEDIO FAMILIAR	28. VALOR COSTO VARIABLE: (MEDIO FAMILIAR)	29. TOTAL COSTO VARIABLE
1	16	$ 45.125	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$ 47.691
2	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
3	9	$ 25.383	7	$ -	$ 4.491		0		$ -	$ 29.874
4	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
5	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$ 49.870
6	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$ 52.049
7	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$ 54.228
8	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
9	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
10	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$ 54.228
11	16	$ 45.125	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$ 47.691
12	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
13	13	$ 36.664	7	$ -	$ 4.491		0		$ -	$ 41.155
14	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$ 49.870
15	12	$ 33.844	8	$ -	$ 5.132		0		$ -	$ 38.976
16	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$ 49.870
17	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
18	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$ 54.228
19	12	$ 33.844	8	$ -	$ 5.132		0		$ -	$ 38.976
20	15	$ 42.305	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$ 44.871
21	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$ 49.870
22	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
23	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
24	12	$ 33.844	8	$ -	$ 5.132		0		$ -	$ 38.976
25	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 56.406
26	15	$ 42.305	5	$ -	$ 3.208		0		$ -	$ 45.513
27	15	$ 42.305	5	$ -	$ 3.208		0		$ -	$ 45.513
28	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$ 54.228
29	16	$ 45.125	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$ 47.691
30	17	$ 47.945	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$ 49.229
31	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$ 49.870
32	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$ 52.049
33	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$ 49.870
34	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$ 52.049
35	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$ 52.049
36	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$ 54.228
37	16	$ 45.125	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$ 47.691
38	0	$ -	-	$ -	$ -		0		$ -	$ -
39	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$ 52.049
40	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$ 54.228

41	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$	56.406
42	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$	56.406
43	0	$ -	-	$ -	$ -		0		$ -	$	-
44	0	$ -	-	$ -	$ -		0		$ -	$	-
45	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$	49.870
46	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$	49.870
47	15	$ 42.305	5	$ -	$ 3.208		0		$ -	$	45.513
48	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$	52.049
49	16	$ 45.125	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$	47.691
50	18	$ 50.766	2	$ -	$ 1.283		0		$ -	$	52.049
51	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$	49.870
52	16	$ 45.125	4	$ -	$ 2.566		0		$ -	$	47.691
53	15	$ 42.305	5	$ -	$ 3.208		0		$ -	$	45.513
54	14	$ 39.484	6	$ -	$ 3.849		0		$ -	$	43.334
55	14	$ 39.484	6	$ -	$ 3.849		0		$ -	$	43.334
56	13	$ 36.664	7	$ -	$ 4.491		0		$ -	$	41.155
57	20	$ 56.406	-	$ -	$ -		0		$ -	$	56.406
58	17	$ 47.945	3	$ -	$ 1.925		0		$ -	$	49.870
59	14	$ 39.484	6	$ -	$ 3.849		0		$ -	$	43.334
60	19	$ 53.586	1	$ -	$ 642		0		$ -	$	54.228
30. TOTAL COSTOS VARIABLES	**970**	**$ 2.735.712**	**164**	**$ -**	**$ 105.213**	**0**	**$ -**	**0**	**$ -**	**$**	**2.840.924**

31. DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS

32. ITEM	33. VALOR MENSUAL	34. VALOR DIARIO	35. NUMERO DE DIAS NOVEDAD	36. TOTAL VALOR SERVICIO NO PRESTADO
37. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				**-**

38 CLAUDIA PATRICIA CAPACHO
39 NOMBRE COORDINADOR (A)

40 FRANCIA ORDOÑEZ
41 NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL

42
43 NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN

S DE DILIGENCIAMIENTO

1	CONTRATO/CONVENIO	Registre el número y fecha del convenio o contrato.
2	CONTRATISTA/ASOCIADO	Registre el nombre del contratista o asociado.
3	NOMBRE DE UNIDAD OPERATIVA / TIPO DE ATENCIÓN	Escriba el nombre de la unidad operativa. Especifique si la atención prestada es de modalidad interna o externa
4	PERIODO	En la primera casilla escriba la fecha inicial del periodo (DD/MM/AAAA) y en la segunda casilla la fecha final del periodo (DD/MM/AAAA). Este periodo debe corresponder a un mes o fracción de mes calendario.
5	CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	Se registra el número total de días de atención durante el periodo.
6	CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	Registre el número de días según la forma de pago de los costos fijos del periodo (tener en cuenta que son meses de 30 días)
7	COBERTURA	Corresponde a la cantidad de cupos contratados para el centro
8	DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	Corresponde al número total de días de atención según el servicio
9	DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	Corresponde al número total de días contratados, Teniendo en cuenta para estos costos los periodos son meses de 30 días
10	APORTE SDIS	Registre cada uno de los valores según estructura de costos del contrato
	VALOR TOTAL	Registre el Valor Total Aportes Secretaría Distrital de Integración Social (SDIS)
	VALOR COSTOS FIJOS	Registre el Valor Total Costos Fijos Aportes SDIS
	VALOR COSTOS VARIABLES	Registre el Valor Total Costos Variables Aportes SDIS
	VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	Registre el Valor Total Costos por Realización Aportes SDIS
11	COSTOS FIJOS DEL PERIODO	Registre los rubros que hacen parte del costo fijo tal como aparecen en la estructura de costos
		Formula para el calculo:(VALOR APORTE SDIS DEL RUBRO / DÍAS COSTO FIJO DEL CONTRATO) * CANTIDAD DE DÍAS COSTO FIJO DEL PERIODO
	VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA	Formula para el calculo: VALOR COSTOS FIJOS / COBERTURA / DÍAS COSTO FIJO DEL CONTRATO
	VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	Formula para el calculo: VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA * COBERTURA * CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.
12	COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA	Registre los rubros que hacen parte del costo variable tal como aparecen en la estructura de costos
		Formula para el caculo: VALOR APORTE SDIS DEL RUBRO / DÍAS HABILES DEL CONTRATO / COBERTURA
13	COSTOS POR REALIZACIÓN .	Registre los costos por realización ejecutados en el periodo
	ACTIVIDAD	Registre el rubro o actividad tal como aparece en la estructura de costos
	VALOR COSTO POR REALIZACIÓN	Registre el valor real ejecutado del rubro
	VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde a la sumatoria de los valores ejecutados correspondientes al costo por realización
14	COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO POR TIEMPO DE COMIDA	Registre los tiempos de comida establecidos según el tipo de atención
		Corresponde a los valores unitarios de alimentación por tiempo de comida según el Memorando de Viabilidad de Nutrición y Abastecimiento correspondiente.
15	VALOR COSTOS VARIABLES A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde al valor total de los costos variables del periodo: Sumatoria del TOTAL COSTO VARIABLE de la totalidad de cupos en atención durante el periodo.
16	TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	Corresponde a la suma del Costo Fijo+ Costo Variable + Costo por Realización, del periodo.
17	TOTAL NO PAGO POR SERVICIO NO PRESTADO	Corresponde a la sumatoria de los valores de los servicios no prestados durante el periodo
18	TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	Corresponde al valor TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO menos el valor TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS
19	CUPO	Registre el número del cupo el cual va a liquidar
20	DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	Registre el número total de días que se prestó atención sin presentar ninguna novedad, según el Formato Control de asistencia para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-099
21	VALOR COSTOS VARIABLES DE LOS DIAS DE ATENCIÓN SIN NOVEDAD	Corresponde al valor total de los costos variables por persona, de los días de atención en el periodo sin novedad, los cuales están calculados de acuerdo con la fórmula.
22	DIAS CON NOVEDAD	Registre el número total de días en los que se presentaron novedades, según el Formato Control de asistencia para servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-099
23	VALOR COSTO VARIABLE ALIMENTOS	Corresponde al valor que viene calculado del Formato Seguimiento a suministros de alimentos servicios tercerizados de discapacidad FOR-PSS-412. Aplica únicamente para CIAI
24	VALOR COSTO VARIABLE DIAS CON NOVEDAD	Corresponde a los costos variables a reconocer cuando la persona no asiste al centro, teniendo en cuenta lo establecido en Anexo Técnico. Aplica únicamente para CIAE
25	NÚMERODIAS DE HOSPITALIZACIÓN	Se registra el número total de días que se presento la novedad de hospitalización. Aplica únicamente para CIAI
26	VALOR COSTO VARIABLE: (HOSPITALIZACION)	Corresponde a los costos variables a reconocer cuando la persona se encuentra en Hospitalización, teniendo en cuenta lo establecido en Anexo Técnico. Aplica únicamente para CIAI
27	NÚMERODIAS MEDIO FAMILIAR	Se registra el número total de días que se presento la novedad de salida a medio familiar. Aplica únicamente para CIAI
28	VALOR COSTO VARIABLE: (MEDIO FAMILIAR)	Corresponde a los costos variables a reconocer cuando la persona se encuentra en Medio Familiar, teniendo en cuenta lo establecido en Anexo Técnico. Aplica únicamente para CIAI
29	TOTAL COSTO VARIABLE	Corresponde a la suma de los valores calculados en el numeral 21 23 25 y 27
30	TOTAL COSTOS VARIABLES	Corresponde a la sumatoria de cada una de las variables que componen el costo variable
31	DETALLE DE NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	Para obtener el detalle de no pago por servicios no prestados se debe diligenciar las casillas 30 a 34 como se detalla a continuación:
32	ITEM	Relacione el nombre del ítem según estructura de costos
33	VALOR MENSUAL	Digite el valor mensual del ítem según estructura de costos
34	VALOR DIARIO	Escriba el valor diario correspondiente al ítem
35	NÚMERO DE DÍAS NOVEDAD	Digite el número de días de la novedad, es decir los días en que no se presto el servicio mencionado en la casilla ítem
36	TOTAL VALOR SERVICIO NO PRESTADO	Corresponde al VALOR DIARIO por el NÚMERO DE DIAS NOVEDAD
37	TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	Corresponde a la sumatoria de los valores de los servicios no prestados durante el periodo
38	FIRMA COORDINADOR DEL CENTRO	Sobre la línea va la firma del coordinador(a) del centro, como responsable de la información consignada en la planilla
39	NOMBRE COORDINADOR DEL CENTRO	Debe registrarse el nombre completo del(a) coordinador(a) del centro
40	FIRMA REPRESENTANTE LEGAL	Sobre la línea va la firma del(la) Representante Legal, como responsable de la información consignada en la planilla
41	NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL	Debe registrarse el nombre completo del(la) representante legal del centro
42	FIRMA PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN	Sobre la línea va la firma del profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDIS, dando visto bueno a la información consignada en la planilla
43	NOMBRE PROFESIONAL APOYO A LA SUPERVISIÓN	Debe registrarse el nombre completo del profesional del equipo de apoyo a la supervisión SDIS