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	1/7/2024	31/7/2024
5 CANTIDAD DE DIAS HÁBILES DEL PERIODO.	22	
6 CANTIDAD DE DIAS COSTO FIJO DEL PERIODO.	30	
7. COBERTURA	60	
8. DÍAS HÁBILES DEL CONTRATO	143	
9. DÍAS COSTOS FIJO DEL CONTRATO	207	

10. APORTE SDIS		
VALOR TOTAL	$	927.859.303
VALOR COSTOS FIJOS	$	604.198.572
VALOR COSTOS VARIABLES	$	24.639.773
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN	$	299.020.958

11. COSTOS FIJOS DEL PERIODO		
TALENTO HUMANO	$	66.359.771
ASEO INSTITUCIONAL	$	951.633
DESGASTE Y USO DE LOS BIENES NO CONSUMIBLES	$	2.672.953
BIENES CONSUMIBLES	$	1.075.598
VIGILANCIA	$	1.994.327
MEDIOS TECNOLOGICOS	$	529.928
ESPACIO FÍSICO FUNCIONAL (INSTALACIONES)	$	13.980.800
VALOR COSTO FIJO POR PERSONA DÍA	$	48.647
VALOR COSTO FIJO TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	**$**	**87.565.010**

12. COSTOS VARIABLES DIARIO POR PERSONA		
ALIMENTOS	$	2.238
ELEMENTOS DE ASEO PERSONAL	$	634
	$	-
	$	**2.872**

13. COSTOS POR REALIZACIÓN	
ACTIVIDAD	**VALOR COSTO POR REALIZACIÓN**
TRANSPÓRT	$ 39.415.957
SERVICIOS PUBLICOS	$ 574.651
VALOR COSTOS POR REALIZACIÓN A PAGAR EN EL PERIODO	**$ 39.990.608**

14. COSTO VARIBLE: VALOR DIARIO POR TIEMPO DE COMIDA			
NUEVES REFORZADAS	$	679	30.34%
ALMUERZO	$	1.191	53.21%
ONCES	$	368	16.45%
	$	2.238	0,00%

15. VALOR COSTOS	**$**	**3.239.983**
16. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO	$	130.795.602

17. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS	$ 1.759.890
18. TOTAL A PAGAR EN EL PERIODO - VALOR A FACTURAR	$ 129.035.712

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	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
2	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
3	15	$ 43.077	7	$ -	$ 4.438		0		$ -	$ 47.514
4	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
5	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
6	-	$ -	-	$ -	$ -		0		$ -	$ -
7	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
8	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
9	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
10	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
11	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
12	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
13	17	$ 48.820	5	$ -	$ 3.170		0		$ -	$ 51.990
14	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
15	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
16	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
17	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
18	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
19	5	$ 14.359	17	$ -	$ 10.778		0		$ -	$ 25.137
20	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
21	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
22	17	$ 48.820	5	$ -	$ 3.170		0		$ -	$ 51.990
23	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
24	12	$ 34.461	10	$ -	$ 6.340		0		$ -	$ 40.801
25	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
26	19	$ 54.564	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 56.466
27	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
28	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
29	14	$ 40.205	8	$ -	$ 5.072		0		$ -	$ 45.277
30	-	$ -	-	$ -	$ -		0		$ -	$ -
31	1	$ 2.872	13	$ -	$ 8.242		0		$ -	$ 11.114
32	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
33	18	$ 51.692	4	$ -	$ 2.536		0		$ -	$ 54.228
34	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
35	13	$ 37.333	9	$ -	$ 5.706		0		$ -	$ 43.039
36	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
37	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
38	19	$ 54.564	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 56.466
39	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
40	16	$ 45.948	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 46.582
51	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
52	12	$ 34.461	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 34.461
53	21	$ 60.307	1	$ -	$ 634		0		$ -	$ 60.941
54	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
55	17	$ 48.820	5	$ -	$ 3.170		0		$ -	$ 51.990
56	19	$ 54.564	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 56.466
57	17	$ 48.820	5	$ -	$ 3.170		0		$ -	$ 51.990
58	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
59	18	$ 51.692	4	$ -	$ 2.536		0		$ -	$ 54.228
60	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
51	15	$ 43.077	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 44.979

52	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
53	19	$ 54.564	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 56.466
54	19	$ 54.564	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 56.466
55	19	$ 54.564	3	$ -	$ 1.902		0		$ -	$ 56.466
56	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
57	22	$ 63.179	-	$ -	$ -		0		$ -	$ 63.179
58	17	$ 48.820	5	$ -	$ 3.170		0		$ -	$ 51.990
59	20	$ 57.435	2	$ -	$ 1.268		0		$ -	$ 58.703
60	18	$ 51.692	4	$ -	$ 2.536		0		$ -	$ 54.228
30. TOTAL COSTOS VARIABLES	**1.094**	**3.141.715**	**155**	**$ -**	**$ 98.269**	**0**	**$ -**	**0**	**$ -**	**$ 3.239.983**

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
Fonoaudiólogo-a	4.399.725	146.658	12	1.759.890
37. TOTAL NO PAGO POR SERVICIOS NO PRESTADOS				**1.759.890**

38 HANDRY HOBANA QUIÑONES JIMENEZ
39 NOMBRE COORDINADOR (A)

40 FRANCIA ORDOÑEZ VELASCO
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