DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ
C.C 1026271238 DE BOGOTÁ

La suma de tres millones ciento catorce mil pesos ($ 3.114.000), por concepto de: Prestación de servicios como Profesional Universitario (1), durante el periodo comprendido entre el 1 al 31 de enero de 2021, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3452 de 2020.

LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ

C.C. 1026271238 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24101068277

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026271238		CONDE SANCHEZ LUIS CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 5 C nO 19 A 19 P5 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2014822	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-12	2020-12	850095675	94140976 42	I	2021/01/13	2021/01/04	BANCOLOMBIA	0	$385,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0
1	CC 1026271238	CONDE LUIS 230301		30	$1,245,600	$199,300	EPS005	30	$1,245,600	$155,700		0	$0	$0	14-11	30	$1,245,600	$30,400	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$1,245,600	$199,300			$1,245,600	$155,700			$0	$0			$1,245,600	$30,400		$0	$0

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:	OFICINA DE CONTROL INTERNO			**Sede:** KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	Cto 3452 de 2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ		1	1	2.021		31	1	2.021
			C. C.	1.026.271.238			**DE**	Bogotá	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Control Interno 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 _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Participar en la formulación del plan anual de auditorías. Plan de acción y mapa de riesgos de la oficina de control interno (control organizacional).	SI	Participé en las reuniones de la Oficina de Control Interno a fin de formular el PAA vigencia 2021, proceso liderado por la Jefe de la Oficina de Control Interno	Plan Anual de Auditoría - Actas de reunión
2. Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento y/o acciones de mejoramiento preventivas correctivas o de seguimiento (relacionadas con la gestión institucional) que le sean asignados.	SI	Verificación y seguimiento en el aplicativo Almera del plan de mejora externo, suscrito por la Subred Sur Occidente con ocasión de los informes de auditoria PAD 159 y 202 de la Contraloría de Bogotá	Soportes aplicativo Almera Verificación al cumplimiento de metas e indicadores.
3. Realizar actividades para la atención a entes externos.	NO	Actividad no programada para este periodo	
4. Apoyar y acompañar a la alta Dirección y a los responsables de procesos en la implementación del componente de administración de riesgos y realizar seguimiento.	NO	Actividad no programada para este periodo	
5. Realizar acompañamiento a los procesos asignados en relación con la administración de riesgos.	SI	Apoyé en el seguimiento a la administración de riesgos de los procesos TIC, Gestión Humana y Participación social y comunitaria de acuerdo a los lineamientos del Jefe OCI	Verificación de soportes y evidencias en el aplicativo Almera
6. Apoyar la evaluación de la gestión de acuerdo con la normatividad vigente y realizar la pertinente retroalimentación dentro de los canales de comunicación establecidos.	SI	Verificación y seguimiento en el aplicativo Almera a los resultados obtenidos en el Plan Operativo Anual vigencia (POA) 2020, de los procesos TIC, Talento Humano y Participación comunitaria.	Mesas de trabajo sostenidas el 21 y 22 de enero de 2021
7. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos asignados a su responsabilidad.	SI	De acuerdo al acta de entrega elaborada por el área de Activos Fijos, doy uso eficiente a los equipos y demás bienes asignados.	Acta de reunión
8. Conocer, promover y aplicar normas de gestión ambiental residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad, programa de salud ocupacional y demás normatividad en marco de la salud.	SI	De conformidad con la normatividad vigente doy cumplimiento a la política de gestión ambiental y al programa de Salud Ocupacional de la Subred Sur Occidente ESE.	
9. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la gestión eficiente en el área y contribuir en el cumplimiento de la misión.	SI	Apoyé en la respuesta a la solicitud realizada por la Oficina de Control Interno Disciplinario de los expedientes: 037-2020, 001-2019, 015-2020, 084 de 2018.	Proyecto de respuesta formato institucional Nota interna
10. Realizar acciones encaminadas a verificar que los controles definidos para los procesos y procedimientos de la Institución se cumplan por los responsables de su ejecución y efectuar la respectiva retroalimentación para la implementación de acciones de mejora a lugar por parte de los responsables.	SI	Verificación de las formulas empleadas por cada proceso (TIC, Gestión Humana y Participación Social y Comunitaria), en la elaboración del POA 2020, evaluación de las evidencias cargadas en el aplicativo Almera y calificación consolidada sobre las metas propuestas por cada dependencia.	
11. Participar en el desarrollo de comités institucionales y espacios de comunicación institucionales establecidos para fomentar la cultura del control.	SI	De conformidad con los requerimientos y actividades diarias, participé en el desarrollo de comités institucionales y otros espacios de comunicación y capacitación proferidos por la Entidad.	Actas de reunión / Actas de capacitación
12. Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo a los roles de la oficina de control organizacional y afines al objeto institucional requerido.	SI	Participé en las reuniones programadas por el Jefe de la Oficina de Control Interno	Acta de reunión

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3.114.000 Tres millones ciento catorce mil pesos

CONTRATISTA : LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ C.C. 1.026.271.238

Fecha de Recibido 31/01/2021 - SUPERVISOR: DRA. SORAYA PAREDES MUÑOZ

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

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:	LUIS CARLOS CONDE SANCHEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1026271238							
CORREO ELECTRONICO:	luisconde.gv@gmail.com				CELULAR:	3195718804							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Administrativo (Tintal)				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11T04	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24101068277								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3452 - 2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			12 DE 12			
NÚMERO DE CDP	1969	FECHA	24/12/2020	NÚMERO DE CRP	58857	FECHA	28/12/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar los servicios profesionales y de apoyo como profesional Universitario - Administrador, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, de acuerdo a las necesidades de la institución									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2021		31	1	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.114.000									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$37.368.000
VALOR EJECUTADO	$37.368.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.114.000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100,0%

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 **$ 2.194.508**, 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
9414397642	$1.245.600	$155.700	$199.300	3	$30.400	**$385.400**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de enero del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Soraya Paredes Muñoz
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Luis Carlos Conde Sanchez
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA