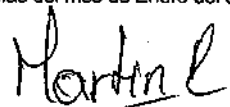


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión	3	
					Fecha de aprobación	15/02/2018	
					Código:	04-02-FO-0002	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LEIDY MARIAN SAIZ LEON			
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO.
CORREO ELECTRONICO:				mariansaliz_1608@hotmail.com		CELULAR:	3213694972
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				Administrativa			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SU37		SEDE:	
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%
				SU37R35	100		
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DE DAVIVIENDA		TIPO DE CUENTA:	Ahorros
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA				456870050394		PENSIONADO	No
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3702-2020		Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	12 de 12
NÚMERO DE CDP	1725	FECHA	25/11/2020	NÚMERO DE CRP	54198	FECHA	30/11/2020
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA	
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la dirección administrativa 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
					1	1	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.374.338			
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo		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:						\$16.492.056	
VALOR EJECUTADO						\$16.492.056	
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1.374.338	
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 <u>mínimo</u> 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 COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
47096093	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700	
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,							
 MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ Nombre y Firma del SUPERVISOR				 LEIDY MARIAN SAIZ LEON Nombre y Firma del CONTRATISTA			

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Versión: 1
			Fecha de aprobación: 9/11/2018
			Código: 18-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:		Sede: ADMINISTRATIVA	
No. DE CONTRATO: 3702-2020	Período certificado desde el: 1 / 1 / 2021 a 31 / 1 / 2021	Día: 1	Año: 2021
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEIDY MARIAN SAIZ LEON	C.C.: 1.073.674.702	Día: 31	Mes: 1
Año: 2021			
DE: BOGOTÁ			
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR ADMINISTRATIVO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente			
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☒			
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. realizar procesos de organización, conservación e inventario de documentos	SI	1. En el mes de Noviembre 2020 se radicaron un total de documentos de los usuarios externos de la subred suroccidente	total de documentos radicados en el sistema de información orfeo 816
2. hacer monitoreo en los archivos de gestión para controlar el cumplimiento de las transferencias.	SI	2. durante el presente periodo se lleva a cabo un recorrido en horario de 9:30 am y 2:30 pm realizando la recolección de oficios proyectados por las diferentes oficinas	Planilla de control de entrega de documentos y/o correspondencia
3. digitalizar hojas de documentos	SI	3. se digitalizó el consolidado del mes de Noviembre 2020 de las respuestas que se enviaron a los usuarios de las	se digitalizó un total de 1064 de documentos
4. radicar, entregar, almacenar y gestionar información por el sistema de gestión documental.	SI	4. se radicaron los documentos por ventanilla única de correspondencia	se radicaron un total de 816
5. conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por la subred para la implementación de los sistemas integrados de gestión de la calidad y control con énfasis en la acreditación de la entidad.	SI	5. Se utilizaron los formatos establecidos por el programa de gestión documental diligenciando el formato único de inventario documental	Formato único de inventario documental
6. alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día.	SI	6. se lleva control del archivo de gerencia por cada caja va con 6 carpetas y cada una de ellas va con un total de 200 folios	Foliación de carpetas 6
7. ejercer todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor o coordinador afines e inherentes a la naturaleza de su cargo	SI	se lleva un libro radicador con el control de los recibidos de cada oficina	libro radicador
OBSERVACIONES:			
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.374.338 un millón trescientos setenta y cuatro mil trescientos treinta y ocho pesos M/C			
cc. 1.073.674.702		Martin R. 31-01-2021	
NOMBRE CONTRATISTA: LEIDY MARIAN SAIZ LEON		FIRMA SUPERVISOR: MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ	
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.			

Información básica de la planilla

Empresa:	LEIDY MARIAN SAIZ LEON	NIT:	1073674702
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	diciembre 2020
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	diciembre 2020
Número de Radicación:	47096093	Total a pagar:	\$271,700
Fecha de vencimiento:	31/03/2021	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	05/01/2021	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	Miplanilla.com Pago Protección Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	851260908

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de Incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0	\$21,400
230301	800224808	Porvenir	1		\$0	\$140,500
EPS017	8300003564	Famisanar EPS Caltam Colsubsidio	1		\$0	\$109,800
						\$271,700

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

[illegible][illegible][illegible]

NÚMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS	
PENSIONES	1
SALUD	1
RIEGOS LABORALES	1
CAJAS DE COMPENSACION	0
OTRAS	0
TOTAL	3

TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRATIVA	ACTIVIDADES DE SERVICIO	VALOR TOTAL
PENSIONES	140,500	140,500
SALARIO	109,800	109,800
RIESGOS LABORALES	21,400	21,400
GCF	0	0
SENA	0	0
ICBF	0	0
ESAP	0	0
MINISTERIO DE EDUCACION	0	0
GRAN TOTAL	271,700	271,700

[illegible]

TOTAL ASSETS LESS LIABILITIES AND STOCKHOLDERS' EQUITY					
CON. AS.	INT. AS.	CON. CH. GR.	IN. CASH/OTHER	IN. ASSETS	ASSETS LESS LIABILITIES
14-11	89000770-6	21-400	0	0	21-400
14-11	8900770-6	21-400	0	0	21-400
0	0	21-400	0	0	21-400

[illegible]

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Leidy Marian Saiz León

C.C 1'073.674.702 DE Soacha

La suma de 1'374.338 pesos, por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar administrativo 1 en el área de Gestión Documental sede Administrativa durante el periodo de 01 enero del 2021 al 31 de enero del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3702-2020



Leidy Marian Saiz León

C.C. 1'073.674.702 DE Soacha

CUENTA DE AHORROS BANCO Davivienda

NUMERO 456870050394