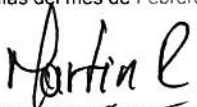
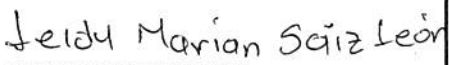


		CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002					
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LEIDY MARIAN SAIZ LEON							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	NO.		1,073,674,702		
CORREO ELECTRONICO:				mariansaiz_1608@hotmail.com			CELULAR:		3213694972		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				Administrativa							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SU37		Administrativa		SEDE:			
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
				SU37R35	100						
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCO DE DAVIVIENDA			TIPO DE CUENTA:		Ahorros		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				456870050394				PENSIONADO	No		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3702-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 de 3			
NÚMERO DE CDP		27	FECHA	8/01/2020	NÚMERO DE CRP		15769	FECHA	31/01/2020		
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	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	2	2020		29	2	2020
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:								\$4,123,014			
VALOR EJECUTADO								\$1,374,338			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,374,338			
VALOR A LIBERAR								\$0			
SALDO POR EJECUTAR								\$2,748,676			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								33%			
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 \$ 2.194.508, 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					
8340485793	\$877,803.00	\$109,725	\$140,448	3	\$21,383	\$271,557					
Dado en Bogotá a los (29) días del mes de Febrero del año Dos Mil Veinte (2020). 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 9/11/2016		Código 15-02-FO-0003
	Alcalde Mayor de Bogotá D.C.		Código 15-02-FO-0003

Ubicación del Servicio: ASDINCOG	Sede: ADMINISTRATIVA			
No. DE CONTRATO: 3702-2020	Periodo certificado desde el Día 1 Mes 2 Año 2,020	Día 29 Mes 2 Año 2,020	Año 2,020	Año 2,020
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEIDY MARIAN SAIZ LEON	C. C. 1,073,674,702 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 Enero 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 908	
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 Enero 2020 de las respuestas que se enviaron a los usuarios de las subred	se digitalizó un total de 1223 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 908	
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.	NO	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 0	
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				
Leidy Marian Saiz Leon cc. 1073674702		Martin R 29-02-2020		
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.				

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEIDY MARIAN SAIZ LEON
No. Identificación: CC1073674702
Dirección: CALLE 24 B 12 28
Telefono: 3213694972
Correo: mariansaiz_1608@hotmail.com
Ciudad: SOACHA
Número de Planilla: 8340485793

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEIDY MARIAN SAIZ LEON	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1073674702	Periodo de Cotización Salud	enero de 2020 ✓
Número de planilla	8340485793 ✓	Periodo de Cotización Pensión	enero de 2020 ✓
Fecha pago	2020-02-06	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	40485793	Total Pagado	272300 ✓
Banco	1052	Total Intereses de Mora	600

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21500	1
230301	Porvenir	140800	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	110000	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1073674702
 APELLIDOS Y NOMBRES: LEIDY MARIAN SAIZ LEON

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	877803	877803	877803	0	109800	0	140500	0	21400	0