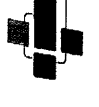


	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA				Versión	3	
					Fecha de aprobación	15/02/2018	
					Código:	04-02-FO-0002	
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA							
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LEIDY MARIAN SAIZ LEON			
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	x	C.E	
CORREO ELECTRONICO:				mariansaiz_1608@hotmail.com		CELULAR:	3213694972
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				Administrativa			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				SEDE:			
CENTRO DE COSTOS:				SEDE:			
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%
CENTRO DE COSTOS:				Centro de costo	%	Centro de costo	%
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:				3702-2020		Nº DE PAGOS DEL CONTRATO	9 de 9
NÚMERO DE CDP		1333	FECHA	28/09/2020	NÚMERO DE CRP	12685	FECHA
NÚMERO DE CDP		1333	FECHA	28/09/2020	NÚMERO DE CRP	12685	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
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO
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:				\$12.369.042			
VALOR EJECUTADO				\$12.369.042			
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES	
8345217374	\$877.803,00	\$109.800	\$140.500	3	\$21.400	\$271.700	
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de Octubre 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			

 <p>Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>	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.
SALUD
E.S.E.

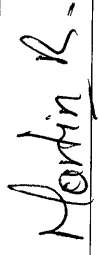
Ubicación del Servicio:		GESTION DOCUMENTAL		Sede: ADMINISTRATIVA			
No. DE CONTRATO:	3702-2020	Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	Año
				1	10	2.020	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY MARIAN SAIZ LEON			C. C.	1.073.674.702		
				DE BOGOTÁ			

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 ☒ X NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☒ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. realizar procesos de organización, conservación e inventario de documentos	SI	1. En el mes de Septiembre 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 882
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 digitalizado el consolidado del mes de Septiembre 2020 de las respuestas que se enviaron a los usuarios de las	se digitalizo un total de 1252 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 882
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 unico de inventario documental
6. alimentar permanentemente los sistemas de información que estan 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	Foliacion 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	
	
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.

Estamos actualizando el diseño de miplanilla.com. Prueba nuestra nueva versión.

[Quiero Probar](#)

Último ingreso exitoso: 2020-10-13 / 08:03:20 AM | Último ingreso fallido: 2020-06-03 / 02:29:06 PM

[Datos](#) | [Empleados](#) | [Planillas](#) | [Documentos](#) | [Reportes](#) | [Cesantías](#) | [Pensiones Voluntarias](#) | [Salir](#)

Periodo Pensión: Septiembre 2020. Periodo Salud: Septiembre 2020.

Octubre 13 de 2020 / 8:04 AM

[Inicio](#) > [Planillas](#) > Resumen de pago

Planillas / Resumen de pago

Información básica de la planilla

Empresa: LEIDY MARIAN SAIZ LEON

Nit: 1073674702

Tipo planilla: I

Periodo liquidación Pensiones: Septiembre 2020

Sucursal o Dependencia: PRINCIPAL

Periodo liquidación Salud: Septiembre 2020

Número de radicación: 8345217374

Total a pagar: \$271,700

Fecha de vencimiento: 02/10/2020

Total de empleados: 1

Fecha de pago: 05/10/2020

Número de administradoras: 3

Detalles del pago

Razón social recaudo: Compensar OI

Nit recaudo: 9998600669427

Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social

Medio de pago: Pago en Cajas

Banco: 1023

Número de aprobación: 14575386

Estado de la transacción: Transacción aprobada

Totales

Código	NIT	Administradoras	No. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total pagado
14-11	890903790	ARL SURA	1		\$0.00	\$21,400
230301	800224808	Porvenir	1		\$0.00	\$140,500
EPS017	830003564	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1		\$0.00	\$109,800
						\$271,700

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

[»Ver planillas pagadas](#)

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

[Exportar reporte a Excel](#)[Exportar reporte a PDF](#)[Imprimir transacción](#)

Ciudad: SOACHA

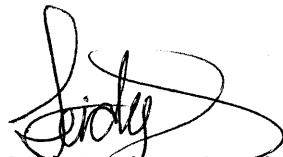
Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 10 DE 2020
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 octubre al 31 de octubre 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