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:	**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	%	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:	**3702-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO	**9 de 9**						
NÚMERO DE CDP	333	**FECHA**	28/09/2020	**NÚMERO DE CRP**	42605	**FECHA**	30/09/2020				
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	10	2020		31	10	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	**$1.374.338**										
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:	$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 **mínimo** 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
83452173 74	$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

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	9/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GESTION DOCUMENTAL				**Sede: ADMINISTRATIVA**				
No. DE CONTRATO:	3702-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	10	2.020		31	10	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LEIDY MARIAN SAIZ LEON		**C. C.**		1.073.674.702		**DE**	BOGOTA	

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, conservacion 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 informacion orfeo 882
2. hacer monitoreo en los archivos de gestion 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 recoleccion 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 informacion por el sistema de gestion documental.	SI	4. se radicaron los documentos por ventanilla unica de correspondencia	se radicaron un total de 882
5. conocer, incorporar y aplicar las herramientas impartidas por la subred para la implementacion de los sistemas integrados de gestion de la calidad y control con enfasis en la acreditacion de la entidad.	SI	5.Se utilizaron los formatos establecidos por el programa de gestion documental diligenciando el formato unico de inventario documental	Formato unico de inventario documental
6. alimentar permanentemente los sistemas de informacion que estan a su cargo y mantenerlos al dia.	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 demas 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 trecientos setenta y cuatro mil trecientos 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

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

Todos los derechos reservados © 2020 . Compensar - Cenet S.A.

certicámara. Acerca de los certificados SSL

Señor(es): LEIDY MARIAN SAIZ LEON
Nit: CC 1073674702
Dirección: calle 24 b 12 28
Teléfono: 3213694972 **Fax:** 3213694972
Ciudad: SOACHA

Respetado(s) señor(es)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	LEIDY MARIAN SAIZ LEON
Tipo y número de identificación	1073674702
Número de radicación planilla	17374
Fecha de pago	2020
Número de autorización de pago	5386
Banco	
Valor Comisión	$

Número de empleados	
Periodo cotización salud	Septiembre 2020
Periodo cotización pensión	Septiembre 2020
Periodo cotización caja	Septiembre 2020
Número de administradoras	
Total Pagado	$1.700
Total interes mora	

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
[illegible]	ARL SURA	$21.400	1
230301	Porvenir	$140.500	1
EPS017	Famisanar E[illegible]am Colsubsidio	$109.800	1

PAGADO

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