| Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 31/03/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0002 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JENNY MARCELA JAIMES CACERES | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1,030,545,274 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | marcelajaimesca@gmail.com | | | | CELULAR: | 3008376491 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | CAPS ZONA FRANCA (FO08) | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | GESTION CLINICAAMBULATORIA | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | FO08E01 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 7590394990 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5498-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 1 de 1 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 500 | FECHA | 05/04/21 | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION COMO AUXILIAR DE ODONTOLOGIA DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUDRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 9 | 4 | 2021 | | 30 | 4 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: 1,182,588 | VALOR HORA 8,670 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ASISTENCIAL | RESERVA DE GLOSA 0% | $0 | | | | | | | |

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: | $1.182.588 |
| VALOR EJECUTADO | $1.182.588 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.182.588 |
| 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 $2.271315, 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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | $0,00 | $0 | $0 | 3 | $0 | $0 |

Dado en Bogotá ABRIL del año dos mil veinti uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DRA. LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

JENNY JAIMES
JENNY MARCELA JAIMES CACERES
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| | | | |
|---|---|---|---|
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 |
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | CAPS ZONA FRANCA | | | | | Sede: FONTIBON | | | | |
| No. DE CONTRATO: | 5498-2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | |
| | | | 9 | 4 | 2.021 | | 30 | 4 | 2.021 | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JENNY MARCELA JAIMES CACERES | | C. C. | | 1.030.545.274 | | 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 AUX DE ODONTOLOGIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI _X___ NO ____ Servicios: SI _X__ NO ____

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Cumplir con el 100% de las actividades según el tiempo destinado para la atencion del odontologo e higienista del consultorio. | SI | Realicé todas las actividades destinadas para el cumplimiento de la atencion del odontólogo del consultorio | Se cumplio con el servicios de atención a los usuarios. |
| Asistir a las reuniones programadas del Proceso de Atencion Intramural | SI | UAT 22/04/21, CONVERSATORIO 23/04/21, Y ULC 27/04/21 | Conocimiento de la información del proceso, |
| Recepcionar al paciente que va a ser atendido y verificar que la documentación se encuentre en regla para una adecuada facturación. | SI | Recepcioné al paciente y lo direccioné con el odontólogo para su atención. | En cuanto a la orientación adecuada del usuario al acceso. |
| Colaborar y asistir adecuadamente al odontólogo en la atención de la consulta programada y de urgencias. | SI | Colaboré y asistí adecuadamente al odontólogo en la atencion de la consulta programada. Diligencie historia clinica, dictada por el odontólogo. | se diligencio las historias clinicas sistematizadas. |
| Esterilizar y desinfectar el instrumental y equipo, preparar los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente. | SI | Realicé los procesos de limpieza, desinfeccion y estrilizacion de instrumental y equipos, preparé los materiales y medicamentos necesarios para la atención con calidad integral del paciente, diligencié formatos de indicador biológico indicador químico, termohigrometria, registro diario de esterilización, registro diario de consentimiento informado, vida útil de dispositivo | Planillas de esterilización. Paquetes de instrumental con su lote y carga. Se registro la vida util de los dispositivos. |
| Preparar el ambiente del consultorio odontologico para la atención con calidad integral al paciente y facilitar la actividad profesional del odontologo e higienista. | SI | Preparé el ambiente del consultorio para la atencion, con calidad integral al paciente y facilite la actividad profesional del odontólogo | Atención a los pacientes con calidad. |
| Elaborar y controlar adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | SI | Elaboré y controlé adecuadamente los pedidos de material devolutivo y consumo. | Insumos en el servicio. |
| Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | SI | Cumplí con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la Institución. | Adherencia a las diferentes normas dadas por la institución. |
| Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato. | NO | Realicé todas las demás actividades que me fueron asignadas por el supervisor del contrato y que fueron afines al desarrollo del objeto del contrato. | NO |
| Velar por inventario de consultorios con entrega y recibido de equipos diariamente registrando en planilla de alistamiento de consultorio. | SI | Velé por inventario de consultorios con entrega y recibo de equipos diariamente registrando en el libro correspondiente. | Planillas de alistamiento de consultorio. |
| Uso adecuado del uniforme según lineamiento institucional. | SI | Usé adecuadamente el uniforme según lineamiento institucional. | Presentación personal adecuada a lineamiento institucional. |
| Adherencia al manual de bioseguridad y esterilización. | SI | Realice mis actividades adhiriendome a los manuales de bioseguridad y esterilizacion | Adherencia al manual de esterilización. |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 1,182,588 UN MILLON CIENTO OCHENTA Y DOS MIL QUINIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS

JENNY MARCELA JAIMES CACERES JENNY JAIMES
CC: 1030545274
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

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

ARL | sura

Medellín, 13 de abril de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que JENNY MARCELA JAIMES CACERES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030545274 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
**Fecha inicio cobertura:** 09/04/2021 **Fecha fin cobertura:**

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10305452742110350666

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 13/04/2021 2.04 PM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

porvenir
sólo hay uno

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

# CERTIFICA QUE:

**JENNY MARCELA JAIMES CACERES,** identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.545.274**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 13 de Abril del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

**Tenga en cuenta:**

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Salud Total EPS

Bogotá, Abril 13 de 2021

Señora:
JAIMES CACERES JENNY MARCELA
CC. 1030545274
CL 7 A BIS C 80 A 55 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 22 de 2011. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

| Nombre | Documento | Tipo | Afiliación | Sem cot | Sem Ant | Parentesco | Estado Afiliación | Fecha de desafiliación EPS | Estado Actual | Discapacidad |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JAIMES CACERES JENNY MARCELA | 1030545274 | C | Ago-22-2011 | 323 | 0 | COTIZANTE | VIGENTE | | | Ninguna |
| MEJIA SALGADO CRISTIAN CAMILO | 1032358070 | C | Feb-11-2011 | 137 | 238 | CONYUGE | VIGENTE | | | Ninguna |
| MEJIA JAIMES NICOLE MANUELA | 1141333309 | T | Ago-22-2011 | 113 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |
| MEJIA JAIMES MARIAM CAMILA | 1141364498 | R | Oct-12-2018 | 52 | 0 | HIJO MENOR DE 18 AÑOS | VIGENTE | | | Ninguna |

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

| Razón social del aportante | Usuario en contrato | Tipo de contrato | Estado de contrato |
|---|---|---|---|
| ASESORIAS EMPRESARIALES BENHER SAS | 1030545274 | Dependiente | CERRADO |
| CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL | 1030545274 | Dependiente | CERRADO |
| CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR COL | 1030545274 | Dependiente | CERRADO |
| IM ASESORIAS INTEGRALES SAS | 1030545274 | Dependiente | CERRADO |
| JENNY MARCELA JAIMES CACERES | 1030545274 | Beneficiario del Mecanismo de Protección al Cesant | CERRADO |
| JENNY MARCELA JAIMES CACERES | 1030545274 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| JENNY MARCELA JAIMES CACERES | 1030545274 | Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m | CERRADO |
| JENNY MARCELA JAIMES CACERES | 1030545274 | Trabajador Independiente | CERRADO |
| JENNY MARCELA JAIMES CACERES | 1030545274 | Trabajador Independiente | CERRADO |
| JENNY MARCELA JAIMES CACERES | 1030545274 | Trabajador Independiente | VIGENTE |
| TEMPORALES EMPRENDE SAS | 1030545274 | Dependiente | CERRADO |

**CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO**

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JENNY MARCELA JAIMES CACERES**
**C.C 1.030,545,274 DE BOGOTA**

La suma de $1.182.588 Un Millón Ciento Ochenta y Dos Mil Quinientos Ochenta y Ocho pesos m/cte, por concepto de:prestación de servicios como Auxiliar de Odontología, en el Caps Zona Franca, con un total de 136,4 horas, valor hora de $8,670 Ocho Mil Seiscientos Setenta pesos m/cte durante el periodo de 09 al 30 de ABRIL del presente año de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **5498-2021**

JENNY JAIMES

**JENNY MARCELA JAIMES CACERES**
**C.C.1.030,545,274**
**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**
**NUMERO 007590394990**