| 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: | 4-02-FQ-0003 | |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ROSAURA TELLEZ MARTINEZ | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 51931124 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | rositatellez10@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3123962280 | | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | LACTARIO | | | | SEDE: | Kennedy | | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | |
| | KE10N07 | 100% | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570125963 | | | | | | | | PENSIONADO | SI | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 2094-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 12 DE 12 | | | |
| NÚMERO DE CDP | 1723 | FECHA | 26/11/20 | NÚMERO DE CRP | 52914 | FECHA | 30/11/2020 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área Enfermeria, 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 | 1 | 2021 | | 31 | 1 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.790.400 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | 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: | $19.190.850 |
| VALOR EJECUTADO | $17.751.079 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.790.400 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.439.771 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

**Se verifica el cumplimiento del**mínimovalor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2´194508, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1034265869 | $877.803 | $109.800 | $0 | 3 | $21.400 | **$131.200** |

Dado en Bogotá a los días del mes de ENERO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARICEL MARTINEZ ARIZA
Líder de Nutricion y Dietetica

ROSAURA TELLEZ MARTINEZ
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 | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 15-02-2018 | |
| | | Código: | 04-02-fo-003 | |

| Ubicación del Servicio: | LACTARIO | | | | | | | | Sede: UNIDAD KENNEDY | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO | 2094-2020 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | |
| | | | 1 | 1 | 2.021 | | 31 | 1 | 2.021 | | |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ROSAURA TELLEZ MARTINEZ | | C. C. | 51,931,124 | | | 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 DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| 1. Desarrollar en el banco y en la ips acciones de promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, y elaboracion de formulas artificiales 2. Prestar asistencia a la mujer embarazada puérpera y la mujer que amamanta en la práctica de la lactancia materna. 3 Remitri al profesional correspondiente las mujeres lactantes que tengan problemas o afectaciones clínicas derivadas del proceso de amamantamiento. 4 Apoyar los procesos de recolección, selección, clasificación, procesamiento, y almacenamiento de la leche humana de acuerdo con los requerimientos de los profesionales del banco y el area de preapracion de formulas artificiales .5 Relizar los registros respectivos derivados de donación extracción, recolección y distribución de la leche humana. 6 Contribuir a mantener el sistema de información actualizado. 7. Debe conocer sus respectivas funciones y ser motivada a ejecutarlas con la dedicación y capacidad requerida 8. Cumplir con las condiciones de higiene y salud correspondiente. 9 Informar al coordinador cualquier irregularidad que se presente. 10 La auxiliar que este apoyando el procesamiento de la leche humana extraída no podrá interrumpir procedimientos en el banco para realizar simultáneamente funciones en otra área del hospital dadas las implicaciones de bioseguridad relacionadas. 11 Desarrollara funciones durante el procesamiento, técnicas de mantenimiento de la asepsia lavado y limpieza y distribución de las leches de acuerdo a la prescripción médica o de nutrición . 12 Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 13 presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 14 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 15 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 15 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios, 16. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y | 100 | RECIBO DE TURNOS, REVISAR INVENTARIOS, REGISTRO DE TEMPERATURAS DE CONGELADORES, DESINFECCION DE SUPERFICIES, RECIBIR MADRES LACTANTES, ROTULAR LA LECHE MATERNA, ENTREGA DE LECHE HUMANA AL SERVICIO DE PREPARACION DE FORMULAS ARTIFICIALES. | LAVADO Y DESINFECCION DE MATERIA PARA ESTERILIZAR,DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOSDE TEMPERATURA, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE BIBERONES, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATOS DE ENTREGA DE LECHES, ENTREGA DE BIBERONES A UNIDADRECIEN NACIDOS Y UCI PEDIATRIA, ESTERILIZACION DE BIBERONES Y VERIFICAR QUE ESTEN BIEN ESTERILIZADOS CON LA AMPOLLA EN LA INCUBADORA, SOLICITAR PEDIDO DE FORMULAS QUE SE NECESITAN , DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE LECHE MNATERNA, DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE ESTERILIZACION. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE. (1.790.400)**

Rosaura Tellez Martinez

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: ROSAURA TELLEZ MARTINEZ CC51,931,124

Fecha :01/2021supervisor: Maricel Valencia Reina

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

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2021-01-06, 10:49:14 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1034265869

**Periodo Cotización:** diciembre de 2020 **Periodo Servicio:** diciembre de 2020 **Referencia pago (PIN):** 8821473890

**PAGADO 05/01/2021**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | ROSAURA TELLEZ MARTINEZ | | |
| **Documento** | CC51931124 | **Dirección** | KR 88 I 54C 65 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 8006842 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 51931124 | ROSAURA TELLEZ MARTINEZ | 59 | 03 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS017) FAMISANAR EPS | $ 877.803 | $ 109.800 | 2,436 | $ 877.803 | $ 21.400 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 131.200 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 877.803 | $ 877.803 | $ 0 | $ 0 | $ 109.800 | $ 21.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 131.200 | $ 0 | $ 131.200 |

Rosaura Tellez M.



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

MAPFRE

**MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**

**NIT. 830-054-904-6**

**HACE CONSTAR QUE:**

La señora Tellez Martinez Rosaura, identificada con el número de cédula de ciudadanía 51,931,124 y domiciliada en la ciudad de Bogotá D.C.. - Bogotá, se encuentra pensionado por SOBREVIVENCIA VITALICIA RIESGO COMUN, en la modalidad de Renta Vitalicia Inmediata, desde el mes de noviembre del año 2011, fecha desde la cual MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A. es el responsable del pago de la mesada pensional en los términos determinados en la regulación aplicable.

| CONCEPTO | DETALLE | MONTO MENSUAL |
|---|---|---|
| Ingreso | Pensión por Sobrevivencia Vitalicia Riesgo Comun | $ 438,902 |
| Aportes | Aportes obligatorios a salud | $ 35,100 |
| | Aportes obligatorios a pensión | $ 0 |
| | Aportes a cajas de compensación | $ 8,800 |
| Descuentos | Otros descuentos | $ 151,750 |

La presente constancia se expide a solicitud del pensionado, en Bogotá D. C., a los veinticuatro días del mes de enero de 2020.

Rosaura Tellez Martinez

**FIRMA AUTORIZADA**

**MAPFRE COLOMBIA VIDA SEGUROS S.A.**

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ROSAURA TELLEZ MARTINEZ**

**C.C 51931124 DE BOGOTA**

La suma de 1´790.400, por concepto de prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el área de Nutrición SEDE KENNEDY durante el periodo de 01 al 31 de ENERO del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2094-2020**

Rosaura Tellez Martinez

**ROSAURA TELLEZ MARTINEZ**

**C.C. 51931124 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 570125963**