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:	AURA ANDREINA RENDON CACERES											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	C.C.	C.E		NO.	1.000.801.791						
CORREO ELECTRONICO:	auris2505@hotmail.com				CELULAR:	3208486057						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	B035											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LACTARIO				SEDE:	UNIDAD BOSA						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	BO35N07	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	Davivienda				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	8300776062								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2586/2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3
NÚMERO DE CDP	30	FECHA	08/01/2021	NÚMERO DE CRP	13041	FECHA	31/01/2021
NÚMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NÚMERO DE CRP	16588	FECHA	18/02/2021

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

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2021		30	4	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	1.795.086							
TIPO DE SERVICIOS	ASITENCIAL	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:	$5.385.258
VALOR EJECUTADO	$5.385.258
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
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 **$2.271.315** 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
49830802	908.526	113.600	145.400	3	22.200	281.200

Dado en Bogotá a los Días del Mes de abril de 2021. Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VIVIANA TEJEIRA PALACIO LIDER SUBPROCESO NUTRICION	AURA ANDREINA RENDON CACERES AUXILIAR DE ENFERMERIA 1.000.801.791

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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código:	4-02-fo-003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Subred Sur Occidente E.S.E.

Ubicación del Servicio: LACTARIO							**Sede: BOSA**		
No. DE CONTRATO: 2586-2021	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
		1	4	2021		30	4	2021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA: AURA ANDREINA RENDON CACERES		**C. C.**	**1.000.801.791**			**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 ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	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 elaboración de fórmulas artificiales 2. Prestar asistencia a la mujer embarazada puérpera y la mujer que amamanta en la práctica de la lactancia materna.	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.
3. Remitir 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 l			
5. Realizar 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			
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			
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			

OBSERVACIONES: Valor a pagar sin novedades

TOTAL, A PAGAR (UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS MCTE.) $1.795.086

Aura Andreina Rendón C.
AURA ANDREINA RENDON CACERES
AUXILIAR DE ENFERMERIA
C.C. 1000801791

VIVIANA TEJEIRA PALACIO
LIDER SUBPROCESO NUTRICION

Nota: Este informe de actividades para su aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000801791	AURA ANDREINA RENDON CACERES	CALLE 6 SUR # 24 A 16	7439606	auris_2505@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	12/04/2021	49830802	$281.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	22.200				22.200	0	0	22.200			222	22.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	1	22.200	22.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	281.200	281.200

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

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

DEBE A:

AURA ANDREINA RENDON CACERES
C.C 1.000.801.791 De Bogota

La suma de **(1.795.086)**, por concepto de: Prestación de Servicios como **AUXILIAR DE ENFERMERIA** de la unidad de prestación de Servicios **BOSA** durante el periodo del **1 AL 30 DE ABRIL DE 2021** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2586** de 2021

Aura Andreina Rendón C.
AURA ANDREINA RENDON CACERES
C.C. 1.000.801.791 DE Bogota
CUENTA AHORROS BANCO Davivienda
NUMERO 8300776062