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	
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	4-02-FQ-0003	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID PAOLA CARDENAS NUÑEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1010183514							
CORREO ELECTRONICO:	lilipao211@hotmail.com				CELULAR:	3058806986							
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	000 570102392								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	2567-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		9 DE 12					
NÚMERO DE CDP	1307	**FECHA**	24/08/2021	**NÚMERO DE CRP**	47424	**FECHA**	31/08/2021				
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	9	2021		30	9	2021			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.795.086										
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:	$ 20.643.489
VALOR EJECUTADO	$ 15.258.231
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.692.629
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5.385.258
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	74%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento delmínimovalor 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 3%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1040232138	$908.526	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

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

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
LIDER SUBPROCESO DE NUTRICIÓN

INGRID PAOLA CARDENAS NUÑEZ CC 1010183514
AUXILIAR DE ENFERMERIA

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	**2567-2021.**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	9	2.021		30	9	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID PAOLA CARDENAS NUÑEZ		**C. C.**		**1.010.183.514**		**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	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): DOS MILLONES SEISIENTOS NOVENTAIDOS MIL SEISIENTOS VEITINUEVE PESOS. ($ 2.692.629)

Ingrid Cardenas

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA INGRID PAOLA CARDENAS NUÑEZ

CC 1010183514

Fecha : 09/2021

VIVIANA TEJERA PALACIO

LIDER SUBPROCESO DE NUTRICION

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

INGRID PAOLA CARDENAS NUÑEZ

C.C 1010183514 DE BOGOTA

La suma de **$ 2.692.629** por concepto de: de prestación de servicios como Auxiliar de Enfermería en el área de Nutrición SEDE KENNEDY durante el periodo de **01** al **30** de **SEPTIEMBRE** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2567-2021**

Ingrid Cardenas.

INGRID PAOLA CARDENAS NUÑEZ
C.C. 1010183514 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 000570102392

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-09-14, 10:47:22 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1040232138

Periodo Cotización 202108 **Periodo Servicio** 202108

Cliente:

PAGADA 2021-09-07

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	INGRID PAOLA CARDENAS NUNEZ				
Documento	CC 1010183514	**Dirección**	CALLE 79 N 43 - 18 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3058806986		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1010183514						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00	Residente		Exonerado	N	CARDENAS NUÑEZ INGRID PAOLA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud							Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF							Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	30			$ 908.526	230301		16 %	$ 908.526	$ 145.400	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 908.526	$ 113.600	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 908.526	$ 22.200	CCF24	2 %	$ 908.526	$ 18.200	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 145.400	$ 0	$ 0	$ 113.600	$ 22.200	$ 18.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 299.400

Ingrid Cardenas.

Lineas 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 lo SIMPLE!