

6038-7050

 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	1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2018	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		51740867						
CORREO ELECTRONICO:		NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ					CELULAR:		3123388913				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							F007						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC			SEDE:		FONTIBON				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K 10	2%	K 12	41%	K 23	10%	K 13	24%	K 14	17%	K 16	6%
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		2770050132							PENSIONADO		NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		SO -3430- 2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 1 DE 2				
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	03/02/2018	NÚMERO DE CRP	11716	FECHA	28/02/2018			
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 de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
				3	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$1.613.395							
TIPO DE SERVICIOS		PIC		RESERVA DE GLOSA 2%			\$0			

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

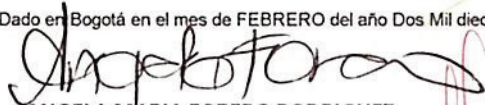
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.226.790
VALOR EJECUTADO	\$1.308.629
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.308.629
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$1.954.161
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

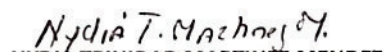
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

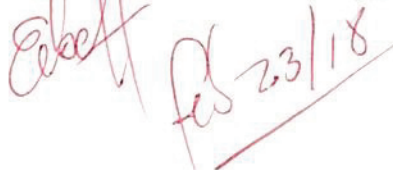
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
185428901	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$241.800

Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA



BOGOTA, D.C.

FEBRERO

2018

CUENTA DE COBRO

1

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

NIT 900.959.048-4

DEBE A

NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ

CC. N°

51740867

Bogota

Por concepto de servicios prestados durante el mes de FEBRERO de 2018 según contrato de prestación de servicios No SO-3428-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:

28

DIAS

VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

TOTAL COBRO:

UN MILLON TRECIENTOS OCHO MIL SEISSIENTOS VEINTI NUEVE

TOTAL: \$ 1.308.629

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

A consignar el valor correspondiente

EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No .002770050132

DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	2%	\$ 26.173
K12	41%	\$ 541.571
K23	10%	\$ 126.836
K13	24%	\$ 314.071
K14	17%	\$ 221.460
K16	6%	\$ 78.518
K07	0%	\$ -
K18	0%	\$ -
K19	0%	\$ -
K09	0%	\$ -
	0%	\$ -
TOTAL	100%	\$ 1.308.629

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017		x
DECLARO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	x	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44,603,000)		x

CORDIALMENTE,

NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ

cc 51740867

Nydiatm@hotmail.com

TELEFONO CELULAR No. 3123388913

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003



ALCALDE MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:		SALUD PUBLICA				Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:		SO-3430-2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						3	2	2018		28	2	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		NYDIA TRINIDAD MARTINEZ				C. C.		51.740.867		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 enfermería de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria. Notificar todos los eventos de interés en salud pública.

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Se realiza la solicitud de pedido de papelería e insumos de acuerdo a los formatos entregados por cada líder, y con las cantidades que estos solicitan 87 fichas	Actas Correos
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	SI	Se realizan los oficios requeridos por coordinación PIC, por el sistema Orfeo para radicación en secretaria distrital de salud.	Libro correspondencia
Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, entre otras) programadas tanto por la SDS como por la Sub red Sur Occidente o las contempladas en el plan de acción del espacio asignado	SI	Se realiza el archivo en orden cronológico de los oficios radicados con respecto al talento humano, como licencias de maternidad, terminación de contratos, finalizaciones, incapacidades, suspensiones SI	Archivo general
Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS. Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria. Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	SI	Se brinda todo el apoyo a las diferentes actividades realizadas por los equipos de trabajo, prestamos de insumos, video bean, carpas entre otras	Actas Correos
Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se reciben las cuentas de cobro de todos los contratistas del espacio, posteriormente se hace entrega de estas cuentas en Asdingo	Planillas de Entrega
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preadmoniciones del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Apoyo en recepción, verificación y entrega de hojas de vida para contratación	Actas Correos
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Sub Red Sur Occidente como de la firma auditora o SDS. Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	SI	Entrega de insumos requeridos por el espacio	Actas Correos
Provisión de glosa se retendrá con carácter provisional el 2% del valor del pago mensual como provisión de glosa, mientras se realiza la respectiva auditoría de cuenta interna.	SI	Asumo el 100% de la glosa en caso que se genere.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,380,629 UN MILLON TRECIENTOS OCHO MIL SEISCIENTOS VEINTI NUEVE.

<p><i>Nydia T. Martinez</i></p> <p>CONTRATISTA: _____</p> <p>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL</p>	<p>Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i></p>
--	---

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



DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTÁ

2010/01/09

COLOMBIA,

Por medio de la presente hacemos constar que la señora **NYDIA TRINIDAD MARTINEZ MENDEZ**
con Cédula de Ciudadanía número **51740367**

de **BOGOTÁ D.C.-DISTRITO CAPITAL**

posee en el Banco Davivienda

CUENTA AHORROS (FIJODIARIO)

Número 002770050132

Fecha Apertura 2005/07/22

Cordialmente,

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

BOGOTÁ
COLOMBIA
09/01/2010

TOTAL	\$ 241.800
-------	------------



Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14196386404



(415)7707212489984(8020) 000001419638640 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT):

5 1 7 4 0 8 6 7 - 9

6. DV

12. Dirección seccional
Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación

1 3

5 1 7 4 0 8 6 7

27. Fecha expedición:

1 9 8 3 0 1 2 0

Lugar de expedición

28. País:

COLOMBIA

1 6 9

29. Departamento:

Bogotá D.C.

30. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

MARTINEZ

32. Segundo apellido

MEÑEZ

33. Primer nombre

NYDIA

34. Otros nombres

TRINIDAD

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACION

38. País:

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento:

Bogotá D.C.

40. Ciudad/Municipio:

Bogotá, D.C.

0 0 1

41. Dirección

CR 66 A 57 48 SUR BRR MADELENA

42. Correo electrónico

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1:

7 4 1 2 0 7 0

45. Teléfono 2:

3 1 6 3 5 1 8 4 0 2

CLASIFICACION

Actividad económica

Actividad principal

46. Código:

8 6 9 2

47. Fecha inicio actividad:

2 0 0 2 0 1 0 7

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

50. Código:

Otras actividades

1

2

Ocupación

51. Código

5 1 3 2

52. Número establecimientos

Responsabilidades

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
2	0	2	2														

20. Obtención NIT

22. Obligado a cumplir deberes formales a nombre de

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI ☐ NO ☒

60. No. de folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 2 1 2 1 9

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre MORENO RODRIGUEZ FLOR ALBA

985. Cargo: Gestor II

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **51.740.867**
MARTINEZ MENDEZ

APELLIDOS
NYDIA TRINIDAD

NOMBRES

Nydia T. Martinez M.

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-JUL-1960**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

20-ENE-1983 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sanchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00302050-F-0051740867-20110519

0027010063A 2

1341288507