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:	NUBIA ARANGO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	36540355							
CORREO ELECTRONICO:	nubiaarango.31@gmail.com				CELULAR:	3144838627							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	nutricion				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	P01	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	007170519487								PENSIONADO	SI			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1516-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 de 3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		9970	FECHA	31/01/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestionadministrativa y/o asistencial en el area dentro de los diferentes procesos proceimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE DE E.S.E De acuerdo al requerimiento institucional**									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.251.780									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.755.340
VALOR EJECUTADO	$2.503.560
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.251.780
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$1.953105**, 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
1011268041	$781.242,00	$97.700	$0	3	$19.100	**$110.650**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de marzo del año Dos Mil DIECIOCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

VIVIANA TEJERA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NUBIA ARANGO CARDONA
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

version	3
echa de aprobacion	15/02/2018
codigo	04-02-fo-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Secretaría Distrital de Salud

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS			**Sede: UNIDAD KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:SO-1522-2018		**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**
			1	3	2.018		31	3
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NUVIA ARANGO					36.540.355	**DE**	bog

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara sus servicios y conocimiento: AUXILIAR DE COCINA 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.Portar elementos de proteccion(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de us actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y precedimientos del sedrvicio.3.Aplica las buenas practicas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato blanco cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias.5.ctuar oportuna y claramente registros de los formatos del area.6.Realizar las tare4as afines del obieto como son.7.Lavado de manos, desarrollar actividades de acuerdo a la organizacion del servicio.8.Elaboracion de preliminar diario.8.Alistamiento de carnes de acuerdo a la organizacion de cada piso.9.Elaboraciond e bebidas frias y calientes de acuerdo al momento de elaboracioon.10.Asistir a la servida de ddietas de acuerdo a lo solicitado por cada nutricionista de piso, teniendo en cuenta la buena practica.11.Entrega de dietas a cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patologia.12.Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertinentes los sobrantes.13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribucion de sus pisos.Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfeccion. 14.Todo personal antes de ser contratado y durante el tempo de empleo debe someterse a exámenes medicos según el decreto 3075 de 1997. 15. 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 articulo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes apara la afiliación para la administradora de riesgos laborales ARL. 17 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. 18 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, 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar ademas que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió	100	Ingreso al servicio inicialmente hago desinfeccon del area realizo lavado de manos y procedo a preparacion del guiso, alistamiento de preliminar luego preparacion de jugos para todos los pisos servida de los mismos, servida de dietas y entrega de las mismas en el segundo piso, recojo menaje y bajo al servicio a lavado y desinfeccion del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente			Preparacion de materia prima y dist en piso asignado

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): ($1.251780) UN MILLON DOCIENTOS cincuenta y uno setecientos ochenta PESOS MONEDA LEGAL

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NUVIA ARANGO con cedula 36540355de bogota

Fecha : 19/03/2018Firma de recibido supervisor:

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: 2018-04-06, 08:41:24 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011268041

Periodo Cotización: marzo de 2018 **Periodo Servicio:** marzo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8876676770

PAGADO 16/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NUBIA ARANGO CARDONA		
Documento	CC36540355	**Dirección**	CLL 71 N°81 F -21
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144838627
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ARANGO NUBIA	**Identificación**	CC 36540355
Total Afiliados	1	**ARP**	ARP 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	VC	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 36540355	NUBIA ARANGO	59	03																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781 242	$ 97 700	2.436	$ 781 242	$ 19 100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116 800

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	$ 781 242	$ 781 242	$ 0	$ 0	$ 97 700	$ 19 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116 800	$ 400	$ 117 200

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Protección
Pensiones y Cesantías

BOGOTA - BOG, 29/06/2016

Señor(a)
NUBIA ARANGO CARDONA
CC - 36540355
CALLE 71 SUR 81 F 21 BOSA PALESTINA
BOGOTA - BOG, BOGOTA

Asunto: Acuso recibo radicación solicitud de prestación económica Vejez causada por el afiliado CC 36540355 - NUBIA ARANGO CARDONA

Respetado(a) Señor(a):

Reciba un cordial saludo por parte de Protección S.A

La presente comunicación tiene el objetivo de notificarle que se ha dado inicio su solicitud de prestación económica.

A continuación relacionamos la información suministrada por usted:

INFORMACIÓN SOLICITUD			
TIPO DE SOLICITUD	Vejez		
ORIGEN DEL SINIESTRO, INVALIDEZ O VEJEZ	Garantía de Pensión Mínima		
FECHA SINIESTRO SBV, AUX			
MODALIDAD PRELIMINAR VEJEZ	Retiro Programado		

DATOS AFILIADO			
TIPO ID	CC		
IDENTIFICACION	36540355		
NOMBRES Y APELLIDOS	NUBIA ARANGO CARDONA		
ESTADO CIVIL	CASADA		
FECHA DE NACIMIENTO	31/07/1957		
GENERO	Femenino		
OCUPACION	INDEPENDIENTE-OFICIOS VARIOS		
EMAIL	NO REGISTRA		
¿ES USTED PENSIONADO POR OTRA ENTIDAD?	No	*ENTIDAD QUE LO PENSIONÓ*	
¿ES USTED PENSIONADO POR ARL?	No		

Igualmente, relacionamos los datos de contacto y de pago de la prestación que usted nos suministró.

Esperamos haber atendido satisfactoriamente su solicitud, de igual forma si tiene alguna inquietud adicional, puede escribirnos a clientes@proteccion.com.co o comunicarse con nuestra Línea de Servicio Nacional 01 8000 52 8000.

Cordialmente,

VERONICA CASTAÑEDA ESTRADA
Líder Prerrequisitos
PROTECCION SA

MAYRA PEÑUELA
OS BOGOTA FENIX
PROTECCION SA

FIRMA DEL AFILIADO
Fecha de recibido: 29/06/2016