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	15/2/18	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NATALIA ANAYA RODRIGUEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1096188323							
CORREO ELECTRONICO:	naranayar@gmail.com				CELULAR:	3006636263							
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				Clase de Cuenta	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	480770044463								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3659-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			2 DE 2			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/1/18	NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area Asistencial 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	4	2018		30	4	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:	$2.920.820
VALOR EJECUTADO	$2.920.820
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.251.780
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 **minimo** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1012035497	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

VIVIANA TEJERA PALACIO
Lider de Nutricion y Dietetica

Natalia Anaya R
NATALIA ANAYA RODRIGUEZ
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	2
Fecha de aprobación	3/4/17
Código:	04-02-FO0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SERVICIO DE ALIMENTOS	**Sede: KE10**							
No. DE CONTRATO:	3659-2018	**Periodo certificado**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2 018		30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NATALIA ANAYA RODRIGUEZ	1 096 188 323	**DE**	BARRANCABERMEJA					

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 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	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 objeto 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 médicos 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 artículo 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 además 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 distribucion en piso asignado

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR $1,251,780 UN MILLON DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS MCTE

Natalia anaya R.

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: NATALIA ANAYA RODRIGUEZ C C 1096188323 de Barrancabermeja (Santander)

Fecha 20/03/2018 Firma 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, 11:23:50 AM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES Numéro Planilla: 1012035497

Periodo Cotización: abril de 2018 Periodo Servicio: abril de 2018 Referencia pago (PIN): 8888515980

PAGADO 06/04/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NATALIA ANAYA RODRIGUEZ		
Documento	CC1096188323	Dirección	CRA 80 BIS SUR N 94 47
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3006636263
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	UNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	ANAYA RODRIGUEZ NATALIA	Identificación	CC 1096188323
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	IGE	INGRESO	RETIRO	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 1096188323	NATALIA ANAYA RODRIGUEZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 781 242	$ 125.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 781 242	$ 97 700	2,436	$ 781 242	$ 19.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241 800

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
$ 781 242	$ 781 242	$ 781 242	$ 0	$ 125 000	$ 97 700	$ 19 100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 241 800	$ 0	$ 241 800

Líneas 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!

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
No records to display.								

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ÚLTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACIÓN
CC	1096188323	ANAYA	RODRIGUEZ	NATALIA		2016-09	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	1096188323	ANAYA	RODRIGUEZ	NATALIA		2018-04	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE
CC	1096188323	ANAYA	RODRIGUEZ	NATALIA		2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE
CC	1096188323	ANAYA	RODRIGUEZ	NATALIA		2015-06	SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD - S.O.S. S.A.	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACION	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NORMA
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	12/2017	01/10/2017	30	COTIZANTE	4023