| | | | |
|---|---|---|---|
| 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: | 04-02-FO-0002 |

Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.

## INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | CINDY LORENA PACHON ESTUPIÑAN | | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | CC | X | CE | | NO. | 1030581806 | | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | lorenapachon1990@hotmail.com | | | | CELULAR: | 3203937308 | | | | | | | |
| 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 | % | |
| | N07 | 100 | | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO BANCOLOMBIA | | | | Clase de Cuenta | Ahorros | | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 69887318620 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | | |

## INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3648-2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 5 DE 5 | | |
| NUMERO DE CDP | 982 | FECHA | 07/06/2018 | NUMERO DE CRP | 26434 | FECHA | 31/05/2018 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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 | 6 | 2018 | | 30 | 6 | 2018 | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.578.350 | | | | | | | | |
| 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: | $8.830.850 |
| VALOR EJECUTADO | $1.578.350 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.578.350 |
| 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 <u>minimo</u> 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 minimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1012865570 | $781.242 | $97.700 | $125.000 | 3 | $19.100 | **$241.800** |

Dado en Bogotá a los ( 30 ) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

VIVIANA TEJERA PALACIO
Lider de Nutricion y Dietetica

CINDY LORENA PACHON ESTUPIÑAN
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 | 3 |
| Fecha de aprobación | 19/02/2018 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | LACTARIO | | | | **Sede** UNIDAD KENNEDY | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3648-2018 | Periodo certificado desde el | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** |
| | | | 1 | 6 | 2.018 | | 30 | 6 | 2.018 |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | CINDY LORENA PACHON ESTUPIÑAN | | C. C. | | 1.030.581.806 | **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 elaboración de formulas artificiales. 2. Prestar asistencia a la mujer embarazada puérpera y la mujer que amamanta en la práctica de la lactancia materna. 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 leche humana de acuerdo con los requerimientos de los profesionales del banco y el área de preparación de formulas artificiales. 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 tiempo 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 cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño | 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)** UN MILLON QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL TRECIENTOS CINCUENTA PESOS ($1.576.350) MONEDA LEGAL

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA CINDY LORENA PACHON ESTUPIÑAN C.C. 1030581806 de Bogota

Fecha: 29/06/2018

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

Simple

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-06-06, 11:57:23 AM **Tipo Planilla:** I. PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1012865570

**Periodo Cotización:** junio de 2018 **Periodo Servicio:** junio de 2018 **Referencia pago (PSE):** 88875575

**PAGADO 06/06/2018**

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | CINDY LORENA PACHON ESTUPIÑAN | | |
| **Documento** | CC1030581806 | **Dirección** | CL 161 8G 21 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3203937308 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | UNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | PACHON ESTUPIÑAN CINDY LORENA | **Identificación** | CC 1030581806 |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | | 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 Min Educación |
| CC 1030581806 | CINDY LORENA PACHON ESTUPIÑAN | 56 | 00 | | COMFENALCO CUNDINAMARCA | $ 781,242 | $ 120,000 | EPS023 - CRUZ BLANCA EPS | $ 781,242 | $ 97,700 | 2.436 | $ 781,242 | $ 19,100 | 198 - CCF NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

## III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Caja | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Caja | 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 | $ 120,000 | $ 97,700 | $ 19,100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241,900 | $ 300 | $ 242,100 |



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, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.