

7360

 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 TESORERÍA	Versión	2	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Bogotá, D.C. - Colombia
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				GERALDINE LEIVA ANGARITA											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		1.023.934.147						
CORREO ELECTRONICO:				geraldineleiva.angarita@gmail.com				CELULAR:		3228911817					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								UNIDAD SUR							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				Gestión Documental				SEDE:		Sur					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		R35	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				57933389				PENSIONADO		No					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4698-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 1	
NÚMERO DE CDP		958		FECHA	28/05/2018		NÚMERO DE CRP	27369		FECHA	07/06/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Auxiliar Administrativo dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DÍA	MES	AÑO	HASTA		DÍA	MES	AÑO
						1	6	2018			30	6	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.250.000									
TIPO DE SERVICIOS				Administrativo				RESERVA DE GLOSA 2%				\$0	

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.

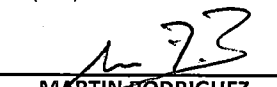
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$1.000.000
VALOR EJECUTADO	\$1.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1.000.000
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

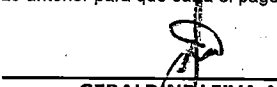
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.844,293, 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
1013599858	\$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 diez y ocho (2018). Lo anterior para que sirva el pago pertinente. Cordialmente,


MARTIN RODRIGUEZ
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


GERALDINE LEIVA ANGARITA
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

7

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	0	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALA DE ADMINISTRACIÓN
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código:	15-02-FO-0003	

0

Ubicación del Servicio:	ADMINISTRATIVO	Sede: Archivo Central
No. DE CONTRATO:	4698-2018	Periodo certificado desde el
		Día Mes Año a Día Mes Año
		1 6 2.018 a 30 6 2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GERALDINE LEIVA ANGARITA	C. C. 1.023.934.147 DE BOGOTÁ

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 Administrativo** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI x NO Servicios: SI x NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Velar por la aplicación de las normas y procedimientos archivísticos estandarizados por el Hospital.	Programado	Uso los formatos que se han establecido para la ejecución de las actividades	Formato único de inventario documental para Historias Clínicas Formato de informe de cumplimiento de actividades Formato de autocontrol
2. Orientar al personal en la organización de los archivos de gestión y transferencias documentales.	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
3. Atender las necesidades del usuario interno y externo que requiera los servicios que se prestan de gestión documental y archivo.	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
4. Elaborar, actualizar, y consolidar los inventarios documentales.	Programado	1. Elaboración de Inventario Archivo Central de actas de medio ambiente	1. Total de cajas x 200 21 ala 39
5. Realizar las labores de apoyo en procesos archivísticos tales como: planeación, selección, organización, clasificación, orientación, foliación, Descripción, almacenamiento de documentos y los demás que se consideran necesarios.	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
6. Asistir a las reuniones y eventos que sean programados por el Hospital.	Programado	1. Capacitación y entrega de puesto de trabajo en el Archivo Central por la Señora Graciela Macías	1. Capacitación y entrega de puesto de trabajo en el Archivo Central por la Señora Graciela Macías
7. Elaborar y presentar los informes que le sean asignados.	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
8. Y las demás que le sean asignadas.	Programado	1. Acomodar cajas de medio ambiente cajas X-200	1. Se realizó en total 30 cajas X-200

OBSERVACIONES: Se realizó el 100% (4) actividades.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un millón de pesos (\$1.000.000)

CONTRATISTA: <u>GERALDINE LEIVA ANGARITA CC. 1023934147</u>	Fecha: dd/mm/ Fima de recibido Supervisor: <u>[Firma]</u> Supervisor Gestión Documental: <u>Martín Alfonso Rodríguez</u>
---	--

30-06-2018

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: 2018-06-12, 01:37:28 PM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1013632289

Nro Planilla Corregida: 1013599858

Periodo Cotización:

junio de 2018

Periodo Servicio:

junio de 2018

Referencia pago (PIN):

8890833620

PAGADO 12/06/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GERALDINE LEIVA ANGARITA		
Documento	CC1023934147	Dirección	CALLE 49 SUR 13 05 ESTE
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3228910817
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal	LEIVA ANGARITA GERALDINE	Identificación	CC 1023934147
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	P	T	D	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T	T

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	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15,000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 15,000	\$ 0	\$ 15,000



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-06-12, 04:13:24 AM

Tipo Planilla:

N: PLANILLA CORRECCIONES

Número Planilla:

1013599858

Nro Planilla Corregida: 123456789

Periodo Cotización:

junio de 2018

Periodo Servicio:

junio de 2018

Referencia pago (PIN):

8890799520

PAGADO 09/06/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GERALDINE LEIVA ANGARITA			Dirección	CALLE 49 SUR 13 05 ESTE		
Documento	CC1023934147			Teléfono	3228910817		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE			Forma Presentación	ÚNICO		
Tipo Persona	NATURAL			Departamento	BOGOTA D.C.		
Ciudad	BOGOTA			Identificación	CC 1023934147		
Representante Legal	LEIVA ANGARITA GERALDINE			ARP	ARP SURA		
Total Afiliados	1						

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																	Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total							
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	P	RETP	TAP	TAD	TAE	TAP	TAD	TAE	TAP	TAD	TAE	SLM	DOE	LMA	VAC	AVP	VET	REP	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 1023934147	GERALDINE LEIVA ANGARITA	57	00	R											A								0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 781,242	\$ 125,000	(EPS010) EPS SURA	\$ 781,242	\$ 97,700	0.522	\$ 1	\$ 1	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 222,701
CC 1023934147	GERALDINE LEIVA ANGARITA	57	00	R											C								0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	\$ 781,242	\$ 125,000	(EPS010) EPS SURA	\$ 781,242	\$ 97,700	0.522	\$ 781,242	\$ 4,100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 226,800

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	\$ 0	\$ 781,242	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4,099	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4,099	\$ 0	\$ 4,099