7685.

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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		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	1000139491								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	2 DE 2					
NÚMERO DE CDP	1069	FECHA	20/06/2018	NÚMERO DE CRT	31417	FECHA	30/06/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestion 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	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2018		31	7	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:										
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	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. **Se realizo cambio de apertura de cuenta a Davivienda**.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$2.250.000
VALOR EJECUTADO	$2.250.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.250.000
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
1014043353	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de julio del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

MARTIN RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GERALDINE LEIVA ANGARITA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

19.07.18

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. SALUD
		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	7	2.018		31	7	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GERALDINE LEIVA ANGARITA		**C. C.**	1.023.934.147			**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 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 aplicaciòn de las normas y procedimientos archivisticos 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 Clinicas 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.	**Programado**	1. Se realizo busqueda de Historias Clinicas para dar respuesta a procesos requeridos a diferentes entidades total: 249. 2. Se realizo Busqueda de contratos de Ops total: 11	1. Se realizo busqueda de Historias Clinicas para dar respuesta a procesos requeridos a diferentes entidades total: 249. 2. Se realizo Busqueda de contratos de Ops total: 11
4.Elaborar, actualizar y consolidar los inventarios documentales.	**Programado**	1. Elaboracion de Inventario Archivo Central de Historias Clinicas de la upa Trinidad Galan desde la caja 10 -16 cajas x 200	1. Total de cajas 7 upa Trinidad galan
5. Realizar las labores de apoyo en procesos archivisticos tales como: planeación,selección, organización ,clasificación orientación,foliación, Descripción, almacenamiento de documentos y los demàs que se consideran necesarios.	**Programado**	1. Foliciacion de Historias clinicas 150 2. Elaboracion de Sobres para Historias Clinicas	1. Foliciacion de Historias clinicas 150 2. Elaboracion de Sobres para Historias Clinicas
6. Asistir a las reuniònes y eventos que sean programados por el Hospital.	**No Programado**	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
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 demàs que le sean asignadas.	**Programado**	1.Se realizo busqueda de polizas 2012 al 2016	1.Se realizo busqueda de polizas 2012 al 2016

OBSERVACIONES: Se realizó el 100% (5) actividades.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): Un millon docientos cincuenta mil pesos ($1.250.000)

GERALDINE LEIVA ANGARITA CC. 1023934147 CONTRATISTA:	Fecha :dd/mm/ Fima de recibido Supervisor 31-07-2018 Supervisor Gestion Documental Martin Alfonso Rodriguez

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: 2018-07-05, 04:14:15 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Número Planilla:** 1014043353

Periodo Cotización: julio de 2018 **Periodo Servicio:** julio de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8890457120

PAGADO 04/07/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

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 D.C.	**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	RET P	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 1023934147	GERALDINE LEIVA ANGARITA	57	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 781,242	$ 125,000	(EPS010) EPS SURA	$ 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, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA,

2018/07/06

Por medio de la presente hacemos constar que la empresa GERALDINE LEIVA ANGARITA
con Cédula de Ciudadanía número 1023934147
de BOGOTA D.C.-DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (DAMAS)

Número	001000139491
Fecha Apertura	2018/07/06

Cordialmente,

DAVIVIENDA
0010 - OFICINA SANTA ISABEL

Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA