6036 - 8548

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
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

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	3 DE 3						
NÚMERO DE CDP	1230	FECHA	23/07/2018	NÚMERO DE CRP	35465	FECHA	31/07/2018				
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	8	2018		31	8	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.250.000										
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) és 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:	$3.500.000
VALOR EJECUTADO	$3.500.000
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
1014044153	$781.242	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

MARTIN RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

1023934147.
GERALDINE LEIVA ANGARITA
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 0
Fecha de aprobación 09/11/2016
Código: 15-02-FO-0003
0

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	ADMINISTRATIVO				Sede: Archivo Central						
No. DE CONTRATO:	4698-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	8	2.018		31	8	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 gestiòn documental y archivo.	Programado	1. Se realizo busqueda de Historias Clinicas para dar respuesta a procesos requeridos a diferentes entidades total: 170. 2. Se realizo Busqueda de contratos de Ops total: 15	1. Se realizo busqueda de Historias Clinicas para dar respuesta a procesos requeridos a diferentes entidades total: 170. 2. Se realizo Busqueda de contratos de Ops total: 15
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 17 -28 cajas x 200	1. Total de cajas 12 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 200	1. Foliciacion de Historias clinicas 200
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.	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos

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

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

1023934147.
GERALDINE LEIVA ANGARITA CC 1023934147
CONTRATISTA

Fecha .dd/mm/ Fima de recibido 31-08-2018
Supervisor
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: 2018-08-17, 02:31:00 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014044153

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

PAGADO 03/08/2018

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 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 - Medellin: 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.