6037- 15964

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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código.	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NANCY EMILSEN SIERRA CARO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52005073							
CORREO ELECTRONICO:	danier294@yahoo.es				CELULAR:	8011183-3144729266							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	Fontibon												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	RADIOLOGIA				SEDE:	CAMI II							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	L02	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7380409073								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2397 - 2018			Nº DE PAGOS DEL CONTRATO			1			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10593	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO RAYOS X ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la Institució									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	3	2018		31	3	2018		
VALOR HONORARIOS HORA:										
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:	$8.309.400
VALOR EJECUTADO	$5.539.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	**$2.769.800**
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2.769.800
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$1,953,105,oo** 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
1011362946	$1.107.920,00	$138.490	$177.267	5	$0	**$315.757**

Dado en Bogotá en MARZO del año Dos Mil Dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Claudia Benavides

DRA. CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NANCY EMILSEN SIERRA CARO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Bogotá D.C MARZO de 2018

CUENTA DE COBRO 2

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
NIT: 900.959.048-4
DEBE A:

NANCY EMILSEN SIERRA CARO
C.C. No. 52.005.073

Por concepto de servicios prestados en el mes de MARZO según orden de prestación de servicios No SO-2397 - 2018 de acuerdo al informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

Horas: 275

Centro de Costos	Porcentaje	Valor
L02	100%	2.769.800
TOTAL	**100%**	**2.769.800**

TOTAL: DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE

TOTAL: $2.769.800

Autorizo a la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., consignar el valor correspondiente en la Cuenta de Ahorros No. 0073-8040-9073 del Banco DAVIVIENDA.

	SI	NO
Bajo la gravedad de juramento informo que soy declarante de renta por el año 2017		X
Declaro que mis ingresos provienen en más del 80% de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante	X	
Que mis ingresos totales en el año inmediatamente anterior superaron 1.400 UVT ($44.603.000.oo)		X

Cordialmente,

NANCY EMILSEN SIERRA CARO
C.C. No. 52.005.073
E- MAIL: nsierra@hospitalfontibon.com
Cel. 314 472 92 66

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-PO-0002	

Ubicación del Servicio:	RADIOLOGIA		Sede: CAMI II						
No. DE CONTRATO:	SO-2397-2018	Periodo certificado	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	3	2.018		31	3	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	NANCY EMILSEN SIERRA CARO	C. C.	52.005.073			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 TECNOLOGO EN RAYOS X 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 REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
RECIBIR Y ENTREGAR TURNO SEGÚN LOS PROCESOS ESTABLECIDOS INSTITUCIONALES	SI	SE RECIBE TURNO VERIFICANDO EN LIBRO DE REGISTRO ENTRGA DE TURNO (ESTADO DE LOS EQUIPOS , ACTIVIDADES PENDIENTES POR REALIZAR Y *NOVEDADES DEL SERVICIO)*	
MANEJAR Y OPERAR LOS EQUIPOS DE RAYOS X	SI	SE UTILIZARON LOS EQUIPOS DE RAYOS X PARA REALIZAR LOS ESTUDIOS RADIOGRAFICOS (INTENSIFICADOR DE IMÁGENES , PORTATIL Y EQUIPO FIJO DE LA CAMARA DEL SERVIO DE RADIOLOGIA)	
PREPARAR QUIMICOS PARA LA TOMA DE ESTUDIOS RADIOLOGICOS	SI	SE REALIZÓ PREPARACION DE QUIMICOS (SOLO EN CASO DE CONTINGENCIA)	
MANEJAR EQUIPO DIGILITALIZADOR DE IMÁGENES (CARESTREAM)	SI	SE MANEJÓ EQUIPO DIGITALIZADOR (INGRESANDO LOS DATOS DEL PACIENTE ,DIGITALIZANDO IMÁGENES PARA ENVIARLAS AL SERVIDOR GENERANDO UN CD	
LLEVAR LOS REGISTROS ESTADISTICOS Y EL REGISTRO DE INSUMOS	SI	SE INGRESO LOS DATOS DEL PACIENTE EN EL REGISTRO DE EXCEL Y EN EL LIBRO PARA QUE EL PACIENTE FIRME EL RECIBIDO	
VERIFICACION DE FACTURACION DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN POR CONSULTA EXTERNA, URGENCIAS Y HOSPITALIZADOS	SI	SE REALIZO LA VERIFICACION DE LAS FACTURA CONTRA ORDEN MEDICA PARA ASI MISMO TOMAR EL ESTUDIO CORRESPONDIENTE Y EN CASO DE URGENCIA SE FACTURA EN LINEA EN EL APLICATIVO	
VIGILAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE PROTECCION RADIOLOGICA	SI	SE UTILIZO EL MATERIAL DE PROTECCION RADIOLOGICA COMO LO INDICA LA NORMA YA SEA PARA PACIENTES Y TRABAJADORES DEL AREA (	
ELABORAR Y MANTENER CONTROLES Y REGISTROS DE TODAS LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS	SI	SE ENTREGO INFORME DE GESTION MENSUAL DE PACIENTES DE ACTIVIDADES REALIZADAS	
VIGILAR EL CORRECTO USO Y MANTENIMIENTO DEL EQUIPO Y LOS ELEMENTOS A SU CARGO	SI	SE LLEVO REGISTRO DE PLANILLAS DE LIMPIEZA Y DESINFECCION DE EQUIPOS DIARIAMENTE	
CUMPLIR CON LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ESTABLECIDOS EN LOS MANUALES Y REGLAMENTOS DE LA INSTITUCION	SI	SE DESARROLLO ACABALIDAD LAS NORMAS QUE DEBEMOS CUMPLIR SEGÚN EL MANUALES Y REGLAMENTOS DE LA INSTITUCION	
RENDIR INFORMES AL SUPERIOR INMEDIATO SOBRE EL DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES	SI	SE RINDIO UN INFORME MENSUAL EL CUAL ES ENVIADO ELECTRONICAMENTE LOS 5 PRIMEROS DIAS DEL MES	
MARCAR ADECUADAMENTE LOS CD CON LOS DATOS DEL PACIENTE O SOBRES	SI	SE REALIZO MARCACION DE CD CON DATOS DEL PACIENTE , REGISTRANDO FECHA DEL ESTUDIO Y FIRMA DE RECIBIDO EN EL LIBRO (EN CASO DE CONTIGENCIA SE REALIZA EN SOBRES DE MANILA)	
MANTENER, DESARROLLAR E IMPLEMENTAR LA VISION Y LA MISION DEL HOSPITAL E IMPULSAR Y PROMOCIONAR NUESTRO	SI	SE LE OFRECIO TRATO HUMANIZADO A LOS PACIENTES , RESPECTANDO SU PRIVACIDAD E INTEGRIDAD	
DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES SEGÚN CRITERIO DE AUTOCONTROL	SI	SE DIO EL BUEN MANEJO DE LOS RECURSOS E INSUMOS QUE DA EL HOSPITAL	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.769.800 **DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE**

Nancy Emilsan Sierra Caro
52005073

NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha - Dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ

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: 2018-03-14, 08:12:31 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011362946

Periodo Cotización: marzo de 2018 **Periodo Servicio:** marzo de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8887313070

PAGADO 14/03/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	NANCY EMILSEN SIERRA CARO		
Documento	CC52005073	**Dirección**	CRA 99 A 70 97 APTO 606 INT 4
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3144729266
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal	SIERRA CARO NANCY EMILSEN	**Identificación**	CC 52005073
Total Afiliados	1	**ARP**	NINGUNA ARP

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 APP	Días EPS	Días ARP	Días DCF	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 52005073	NANCY EMILSEN SIERRA CARO	03	00																0		30	30	0	30	(25-14) COLPENSIONES	$ 1.122.000	$ 179.600	(MIN001) ADRES (MIN001) antes FOSYGA	$ 1.122.000	$ 140.300	0,000	$ 0	$ 0	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.122.000	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 326.700

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
$ 1.122.000	$ 1.122.000	$ 0	$ 1.122.000	$ 179.600	$ 140.300	$ 0	$ 6.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 326.700	$ 0	$ 326.700

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

FOSYGA FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

Aportante : NANCY EMILSEN SIERRA CARO Identificación : CC - 52005073

Su último acceso al módulo REX fue en Jun 15 2017 11:07AM desde la IP 190.24.142.66

Version 39.6.8.1

..:: Inicio ::.. ..:: Administrador ::.. ..:: Recaudo ::.. ..:: Prestaciones Economicas ::.. ..:: Devoluciones ::..
..:: Certificaciones ::.. ..:: Ayuda ::.. ..:: Salida ::..

Los campos marcados con (*) Son obligatorios

Certificacion o Reporte: Certificacion Aportante

Id Aportante: 152101

Periodo: 2017-05

Identificacion Afiliado: 52005073

View Report

1 of 1 Find | Next

MinSalud Ministerio de Salud y Protección Social

Consorcio SAYP 2011

FOSYGA FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

ADMINISTRADOR FIDUCIARIO DE LOS RECURSOS DEL FOSYGA

CERTIFICA

El aportante NANCY EMILSEN SIERRA CARO identificado(a) con CC número 52005073, ha efectuado los siguientes aportes por el FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTÍA, por el Señor(a) SIERRA CARO NANCY EMILSEN identificado(a) con CC numero 52005073, según su condición de afiliado al Régimen de Excepción con vinculación adicional de que trata el artículo 14 del Decreto 1703 de 2002.

Valor Aporte	Periodo Aporte	Numero Planilla	Fecha Pago
$116,700	2017-05	8845815750	5/18/2017 12:00:00 AM

Se expide la presente certificación el día 15 del mes 6 año 2017

Elsa [illegible] 6.

Directora compensación y Promoción

Identificador : ozCL iV4w 8UYa slgv ZmOX qA34 Ocw= (Válido indefinidament
URL: https://www.mindefensa.gov.co/SedeElectronica

MINDEFENSA

MINISTERIO DE LA DEFENSA NACIONAL
GRUPO PRESTACIONES SOCIALES

CONSTANCIA COMO PENSIONADO

CERTIFICA:

Que el (la) señor(a) NANCY EMILSEN SIERRA CARO quien se identifica con CC No. 52005073 se encuentra pensionado por parte de este Ministerio y devenga una pensión mensual de 1146085,36 de la cual se realiza un descuento obligatorio del 4% mensual para el sistema de salud de las Fuerzas Militares y un pago neto por 815038,36.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado a los 1 días del mes 12 del 2017

MDN
Copia sin primera firma

Por orden de

LINA MARIA TORRES CAMARGO

Coordinadora Grupo Prestaciones Sociales

Elaborado por: PC 01 de diciembre del 2017 a las 15:23

Firmado digitalmente por: REGISTRO ELECTRONICO
Dependencia :UNIDAD GESTIÓN GENERAL DIRECCION ADMINISTRATIVA
MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL
Fecha firma :01/12/2017 15:23:15