6037 – 13532

| 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 | 31/03/2017 | |
| | | 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 | | | N° 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 | 2 | 2018 | | 28 | 2 | 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 | $2,769,800 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | **$2,769,800** |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $5,539,600 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1011362258 | $1,107,920.00 | $138,490 | $177,267 | 5 | $0 | **$315,757** |

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

V/B

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

NANCY EMILSEN SIERRA CARO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

**Bogotá D.C FEBRERO de 2018**

**CUENTA DE COBRO 1**

**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 FEBRERO 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**

| | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-PO-0063 | |

| Ubicación del Servicio: | RADIOLOGIA | | | | | | | | | Sede: CAMI II | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. DE CONTRATO: | SO-2397-2018 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año | | | |
| | | | 1 | 2 | 2,018 | | 28 | 2 | 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):** 2.769.600 **DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS MCTE**

Nancy Emilsen Sierra Caro
52005073

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Fecha disfrutadas Firma de recibido supervisor Claudia Benavides

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:** 2018-02-19, 04:11:40 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1011362258

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

**PAGADO 16/02/2018 EN HORARIO EXTENDIDO**

## 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 | INS | RET | RET P. | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VST | IRP | Días APH | Días ERP | Días AVP | 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 Mineducación | Total |
| CC 52005073 | NANCY EMILSEN SIERRA CARO | 03 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 0 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $ 1,122,000 | $ 179,600 | (MIN001) ADRES (UMN001) antes POSYGA | $ 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 | $ 1,000 | $ 327,700 |



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!

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

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
se elaboró la primera vez

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

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

FOSYGA FONDO DE SOLIDARIDAD Y GARANTIA

## Consorcio SAYP 2011

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.

Director compensación y Promoción