| 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: | YURI CAROLINA MEDINA TORRES | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 1.022.945.110 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | carolinanafra@gmail.com | | | | CELULAR: | 3219903964 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | KE10 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PATOLOGIA | | | | SEDE: | KENNEDY | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | L01 | 100% | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 009400845203 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 4206 - 2018 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 6 DE 6 | | | |
| NÚMERO DE CDP | | FECHA | | NÚMERO DE CRP | | FECHA | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 10 | 2018 | | 31 | 10 | 2018 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $1.496.184 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ASISTENCIAL | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES:

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $7.081.938 |
| VALOR EJECUTADO | $7.081.938 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $1.496.184 |
| 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 $**1,953.105**, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1014981449 | $781.242,00 | $97.655 | $124.999 | 3 | $19.031 | **$241.685** |

Dado en Bogotá a los ___ dias del mes de Octubre del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

**LUDDY MARTIN BACCI**
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

**YURI CAROLINA MEDINA TORRES**
**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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | **PATOLOGIA** | | | | | | **Sede: KENNEDY** | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 4206-2018 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 10 | 2.018 | | 31 | 10 | 2.018 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | **YURI CAROLINA MEDINA TORRES** | | **C. C.** | | 1.022.945.110 | | **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 DE ENFERMERIA 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 |
|---|---|---|---|
| OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista: el contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: Especificas: (conforme a las contenidas al requerimiento) Generales: además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes. Al Sistema General de Seguridad Social Integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales y establecidos y de los 15 primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno, acorde el desarrollo dela responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional dentro del desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del Sistema único de habilitación, auditoria para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema único de acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación cultural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo del as responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y procedimientos definidos en el marco de la operación la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar en las acciones preventivas y o correctivas, y o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al | 100 | • Transcripción de Informes de Patología<br>Apoyo en la descripción macroscópica.<br>• archivo de laminas histopatológica y bloques de parafina.<br>• Radicación diaria de muestras .<br>• Entrega de bloques y láminas requeridas.<br>• Atención adecuada , oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general.<br>Suministrar información de acuerdo a los requerimientos. | • Informes de Patología transcritos.<br>Borrador de descripción macroscópica manuscrito.<br>Muestras radicadas.<br>Bloques y láminas requeridas entregadas. |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL CIENTO OCHENTA Y CUATRO PESOS (1.496.184)**

| | |
|---|---|
| 1022945110 | |
| NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA<br>YURI CAROLINA MEDINA TORRES C.C. 1.013.095.217 | Fecha : -- / 10 / 2018 Firma de recibido supervisor<br>LUDDY MARTIN BACCI |

# PAGOSIMPLE I

AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2018-10-09, 05:20:01 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1014981449

**Periodo Cotización:** septiembre de 2018 **Periodo Servicio:** septiembre de 2018 **Referencia pago (PIN):** 8890561610

**PAGADO 05/10/2018**

## OS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Social** | YURI CAROLINA MEDINA TORRES | | |
| **ıento** | CC1022945110 | **Dirección** | CRA 6 C ESTE # 91 SUR 30 |
| **e Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3480536 |
| **ersona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **l** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **ıentante Legal** | | **Identificación** | |
| **ıfiliados** | 1 | **ARP** | ARP SURA |

## ALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ın | 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 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 |
| 0 | YURI CAROLINA MEDINA TORRES | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230301) PORVENIR | $ 781.242 | $ 125.000 | (EPS037) NUEVA EPS | $ 781.242 | $ 97.700 | 2,436 | $ 781.242 | $ 19.100 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 241.800 |

## OTALES

| 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 | $ 500 | $ 242.300 |

Carolina Medina Torres
CC. 1022945110 BOG



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!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

OCT 04 2018 17:46:31 REMICT 8.11
EXITO KENNEDY
CRA 78B 35-48SUR
CORRESPONSAL
BANCO POPULAR
C.UNICO: 0011174877 TER: 74877012
C.BANC: 0002
ID CAJERO: 0007338527
RECIBO: 025026 RRN: 053946
RECAUDO APRO: 788738
SERVICIO: 6347
FACTURA: 0000000000000008890561610
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA
RECAUDO $ 242.300

BANCO POPULAR es responsable por los servicios prestados por el CB. El CB no puede prestar servicios financieros por su cuenta.
Para reclamos comuniquese al:
01 8000523456
CONSERVE ESTA TIRILLA COMO SOPORTE.
*** CLIENTE ***

EXITO KENNEDY

879893 SIMPLE S.A. NUEVO 242.300
Factura: 8890561610
**** SUBTOTAL/TOTAL >>>> $ 242.300
EFECTIVO 250.000
FACTURAS APROBADAS
Fac.8890561610 Apro:788738 BANCO:0002
CAMBIO 7.700
DISCRIMINACION TARIFAS IVA

| TARIFA | COMPRA | BASE/IMP. | IVA |
|---|---|---|---|
| =00% | 242300 | 242300 | 0 |
| TOTAL= | 242300 | 242300 | 0 |

TIQUETE :553 0020103902
RES.DIAN# 18762010146988 DE08/SEP/2018
RANG.AUT.553 0020085264 al 0029999999
TOTAL ARTICULOS COMPRADOS = 1
Almacenes Exito S.A. NIT 890.900.608-9
AUTORRETENEDOR RES.8825 DE 16/NOV/2016
PARA TUS RECLAMOS LLAMA AL 7455444
---
04/OCT/2018 17:46 0553 02 0307 8527

553 B 4 7 G W

Carolina Medina
C.C. 1022945110 BOG