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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA MARIA DIAZ MARTINEZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39697052							
CORREO ELECTRONICO:	oruga6208@gmail.com				CELULAR:	3188998418							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	UNIDAD DEL SUR												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	DESARROLLO INSTITUCIONAL				SEDE:	Sur							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	SU40T08	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	9370140593								PENSIONADO	SI			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1247 - 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			11 DE 11			
NÚMERO DE CDP 1.	1664	FECHA	28/11/19	NÚMERO DE CRP 1.	52524	FECHA	30/11/19			
NÚMERO DE CDP 2.		FECHA		NÚMERO DE CRP 2.		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR APOYO COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO EN EL AREA DE DESARROLLO INSTITUCIONAL DENTRO DE LOS DIFERENTES PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE LA INSTITUCION									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2019		31	12	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.324.025									
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:	$14.564.275
VALOR EJECUTADO	$14.564.275
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.324.025
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 **$2,070,290,00**, 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
1025743155	$828.116,00	$103.515	$0	3	$20.173	**$123.687**

Dado en Bogotá a los (31) días del mes de DICIEMBRE del año DOS MIL DIESINUEVE (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

DRA. LILIANA RIOS VELANDIA
Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

OLGA MARIA DIAZ MARTINEZ
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:	UNIDAD SUR								Sede: PAPS 11 PUENTE ARANDA		
No. DE CONTRATO:	1247 - 2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
			1	12	2.019		31	12	2.019		
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	OLGA MARIA DIAZ MARTINEZ		C. C.		39.697.052		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 Estadistica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ____ NO ____ Servicios: SI ___ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Informar y adelantar los trámites administrativos relativos a la admisión de pacientes acorde con los procedimientos adoptados por el Hospital	Programado	100%	Se realizo apertura de Historia Clinica de primera vez para los pacientes n	NO APLICA
2.Se revisan agendas de los profesionales contra el aplicatio HOSVITAL, verificando numero de factura, historia clinica, diagnostico	Programado	100%	se realizo verificacion de facturas, historia clinica y diagnostico en el aplicativo HOSVITAL	100%
3. Responder por la custodia de las historias clínicas de usuarios, siguiendo procedimientos establecidos de recepción, verificación, archivo y notificación de inconsistencias	Programado	100%	Se efectuo la revision de las Historias Clìnica entregadas por cada profesional de acuerdo a la relacion de entrega hecha por estadistica, se entregaron a programas para su registro respectivo, posterirmente se recibieron con relacion de entrega por parte de programas y se archivan segun numero de documento de identidad	NO APLICA
4. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	Programado	100%	Se diligencio y suscribio la agenda con revisiòn de ralacion de Historias Clìnicas	A los4 profesionales del servicio
5. Verificar los registros individuales de prestación de servicios diligenciados por los profesionales antes de su digitación y consolidación	Programado	100%	Verificaciòn de numero de factura y numero de còdigo de Hipocrates, diagnòstico y sis se trato de una consulta de primera vez o control, de igual manera revisiòn de centro de costos,	NO APLICA
6. Participar en la recolección y procesamiento de la información estadística del punto de atención en el que preste el servicio	Programado	100%	Se verifica la informacion suministrada por los profesionales en las agendas diariamente y se envia la informacion mensual consolidada a Planeaciòn	100%
7. Participar en la administración de los recursos informáticos, según las normas y procedimientos establecidos	Programado	100%	Se cumplieron las normas	al 100%
9. Dar un uso racional a los insumos y equipos suministrados por el Hospital para el desarrollo del objeto de la orden	Programado	100%	Se utilizaron racionalmente los elementos	El consumo de papeleria para imprimir las agendas
10. Reportar oportunamente las anomalías en la prestación del servicio	Programado	100%	No se presentaron anomalias	Ninguna
12. Cumplir con el manual de procesos y procedimientos de la Institución.	Programado	100%	Se cumplieron los proceso establecidos	Se cumplio al 100% las actividades
14. Brindar trato humano, ético y cálido con el cliente Interno y Externo de la Institución	Programado	100%	Se dio trato calido a los usuarios y compañeros de trabajo	al 100%
15- Obrar con lealtad y buena fe, evitando todo tipo de dilaciones o entrabamientos que pudieran entorpecer la gestión del Hospital	Programado	100%	Se obrò con buena fe	honestidad en las actividades realizadas a presentar
16-En general apoyar todas y cada una de las actividades tendientes a asegurar el cabal cumplimiento de la orden	Programado	100%	Se realizaron las actividades requeridas para el cumplimiento del objeto contractual	entrega de los informes, agendas y risp digitados según lo requerido
17- Presentar informe mensual de actividades al Supervisor de la orden adjuntando copia del recibo de pago mensual de los aportes al sistema de seguridad social en los porcentajes que indique la ley para tal fin.	Programado	100%	Se presenta informe mensual de actividades	De los 4 profesionales del Servicio
18- Las demás actividades que sean afines con la naturaleza del contrato	Programado	100%	Se cumple con las actividades	digitacion en el modulo de inventario de historias clinicas 20 dias aproximadamente

OBSERVACIONES: SE ADJUNTA (2) FOLIOS APORTES SALUD Y PENSIÓN (Facturas en caso de requerirse / conforme requerimiento tributario)

TOTAL A PAGAR (UN MILLON TRECIENTOS VEINTICUATRO MIL VEINTICINCO PESOS MCTE ($1,324,025)

Olga M. Diaz M.

NOMBRE DEL CONTRATISTA: OLGA MARIA DIAZ MARTINEZ C.C 39697052

Fecha 31/10/2019 DRA. LILIANA RIOS VELANDIA

Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional

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: 2019-12-04, 08:48:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1025743155

Periodo Cotización: noviembre de 2019 **Periodo Servicio:** noviembre de 2019 **Referencia pago (PIN):** 8812876920

PAGADO 04/12/2019

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	OLGA MARIA DIAZ MARTINEZ		
Documento	CC39697052	**Dirección**	KRR 5 ESTE 18 A 06
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102261087
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	SOACHA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	IRET	IBC P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	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 Mineducación	Total
CC 39697052	OLGA MARIA DIAZ MARTINEZ	59	04															0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 828,116	$ 103,600	2.436	$ 828,116	$ 20,200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123,800

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
$ 0	$ 828,116	$ 828,116	$ 0	$ 0	$ 103,600	$ 20,200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 123,800	$ 0	$ 123,800

Olga M. Diaz M

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - 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.

Colfondos
Pensiones y Cesantías
del grupo Scotiabank

Bogotá D.C., 29 de agosto de 2019
RAD-52593-08-19

Señor (a):
DIAZ MARTINEZ OLGA MARIA
KR 40 C 4 98 AP 704 BR PRIMAVERA
ORUGA6208@GMAIL.COM
Tel: 3188998418
BOGOTA, D.C.-BOGOTA D.C

Asunto: Reconocimiento de Pensión
Tipo de Trámite: Pensión de vejez sin venta de bono pensional
Código: RP003
Identificación: 39697052

Apreciado(a) Señor(a):

Con relación a su solicitud de pensión radicada ante esta Administradora nos permitimos informarle que usted cumple con los requisitos establecidos en la Ley, por lo que Colfondos S.A. le informa que su solicitud de pensión ha sido **APROBADA.**

Lo anterior teniendo en cuenta que:

1. Lo anterior teniendo en cuenta que al verificar el patrimonio pensional acumulado correspondiente al saldo de su cuenta de ahorro individual junto con el valor del bono pensional en caso de que tuviese derecho al mismo y los beneficiarios reportados en la solicitud, dicho patrimonio es suficiente para financiar una pensión de vejez en los términos del Artículo 64 de la Ley 100 de 1993.

2. En caso que el tipo de trámite reconocido sea: "Pensión de vejez sin venta de bono pensional" el saldo de su cuenta de ahorro individual resulta suficiente para sufragar sus mesadas pensionales hasta el momento de redención del bono pensional, cumpliendo además los requisitos estipulados en la circular externa 013 de la Superintendencia Financiera de Colombia, en virtud de lo cual no resulta necesario negociar el bono pensional.

A continuación informamos los factores tenidos en cuenta para el reconocimiento de la pensión:

Beneficiario principal y sustitutos

Número de ID.	Nombre y Apellidos	F. de Nacimiento	Género	% de Distribución	Extinción del Derecho	Parentesco	Estado Beneficiario
39697052	DIAZ MARTINEZ OLGA MARIA	5/08/62	Femenino	100%		Principal	Activo
1018484946	DANIELA ALEJANDRA MONSALVE DIAZ	16/02/1996	Femenino			Hija	Valido

Fecha de Adquisición del derecho: 27 de agosto de 2019

Información General

Edad del afiliado	57	Saldo Cuenta de Ahorro Individual	$ 95.122.119
% de Pérdida de Capacidad Laboral		**Valor Mesada**	**$ 980.000**
Total semanas cotizadas	1734	**Fecha inicio pago retroactivo:**	
Estado del Bono Pensional	Emitido	**Fecha final pago retroactivo:**	

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriacolfondos@pgabogados.com), - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel.: 2131370, 2131322 y celular 321 9240479, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

- **Certificación de cuenta bancaria,** indicando el número y tipo de cuenta (ahorros o corriente), al igual que su nombre como titular de la misma.

  Lo(a) invitamos a que realice la apertura de su cuenta en el **Banco de Bogotá**, entidad con la cual tenemos convenio para ofrecer sus servicios a nuestros futuros pensionados.

  La cuenta registrada en esta entidad es:

  - Cuenta dispersora de ahorros 009-35477-0
  - Código de convenio 55G.

- **Afiliación radicada en la EPS.** Si actualmente se encuentra cotizando, deberá afiliarse bajo la calidad de **pensionado** en dicha entidad. El formulario se diligenciará con los siguientes datos:

  - NIT. 900391901-2
  - Razón social: **Fondo de Pensiones Obligatorias Colfondos Retiro Programado**.

- **Formato de selección de modalidad de pensión BYP-GPG-FOR-053.**
- **Contrato de administración de mesadas pensionales bajo la modalidad de retiro programado BYP-GBF-FOR-030.**
- **Carta de aceptación del riesgo de retiro programado y recálculo.**

Por otra parte, es importante tener en cuenta la siguiente información:

a) La pensión le será reconocida desde la fecha de adquisición del derecho, momento en el cual se cumplieron los requisitos que establece la ley.

b) La documentación enunciada deberá ser entregada antes del día 15 del mes, de forma tal que la primera mesada pensional pueda ser pagada dentro del mismo mes; si la documentación es entregada con fecha posterior al día 15, la mesada pensional será pagada en el mes siguiente. Esta información es requisito necesario para dar inicio al pago de las mesadas pensionales.

c) En el evento que usted no pueda radicar la documentación para ingreso a nómina antes del día 15 del mes, le sugerimos realizar la afiliación de la EPS y la radicación de la totalidad de los documentos al siguiente mes para evitar que se efectué cobro de interés moratorios por aportes a salud, los cuales le serian descontados con el pago de la primera mesada.

d) La fecha de pago de su mesada pensional se realizará el día veinticinco (25) de cada mes, con abono a su cuenta bancaria; en el evento que este día no sea hábil, la transferencia se realizará el día hábil inmediatamente anterior.

e) De su mesada pensional se le aplicara un descuento del doce por ciento (12%) como aporte al Sistema de Seguridad Social en Salud.

f) Si usted pertenece a un régimen de excepción en salud, su descuento se realizará por el porcentaje antes informado pero con destino a la ADRES.

g) Si usted es residente en el exterior y no desea que le realicemos descuentos para salud, debe notificar mediante comunicado escrito que tanto usted como su grupo familiar

"Todos nuestros afiliados podrán acudir al Defensor del Consumidor Financiero o su Suplente, quienes deberán dar trámite a sus reclamaciones de forma objetiva y gratuita, y ser voceros ante Colfondos, lo cual implica la posibilidad de dirigir en cualquier momento a su Junta Directiva, recomendaciones, propuestas y peticiones. Para la presentación de las reclamaciones, el afiliado únicamente deberá describir los hechos, así como sus datos de identificación y contacto con el fin de hacerle llegar la correspondiente respuesta. Defensor del Consumidor Financiero: José Guillermo Peña González (defensoriacolfondos@pgabogados.com), Suplente: Carlos Alfonso Cifuentes Neira (defensoriacolfondos@pgabogados.com), - Dirección: Av. 19 No. 114 – 09 oficina 502, en Bogotá, Tel.: 2131370, 2131322 y celular 321 9240479, Horario de Atención: lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:30 p.m. en jornada continua (No Festivos)."