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:	ELIANA JISEL OSMA FONTECHA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	1.101.754.553							
CORREO ELECTRONICO:	anaileosma_88@hotmail.com				CELULAR:	3133152085							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	KE10												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	Ginecologia y Pediatria				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10A24	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	Banco de Bogotá				TIPO DE CUENTA:	ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	O37270683								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	11-2020		N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	803	FECHA	26/05/2020	NÚMERO DE CRP	26602	FECHA	30/05/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	7	2020		31	7	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.374.338									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.979.008
VALOR EJECUTADO	$8.979.008
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.374.338
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 **$2,194.508**, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
43590625	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	**$271.556**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Julio del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ELIANA JISEL OSMA FONTECHA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy	**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**	Versión	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	Ginecoobstetricia y pediatria			**Sede: Kennedy**					
No. DE CONTRATO:	11-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.020		31	7	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Eliana Jisel Osma Fontecha		**C. C.**		1.101.754.553		**DE**	Bogotá	

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 ____ NO ____ Servicios: SI SI X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Participar en las jornadas de capacitacion, induccion, reuniones y eventos a los cuales es convocada.	100%	Realizar induccion general y virtual, asistir cumplidamente al puesto de trabajo y participar activamente en los requerimientos que me otorgan.	si
2. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion de contrato.	100%	Utilizar correctamente los elementos que se me otorgan para mi puesto de trabajo y dejarlos en perfecto estado al momento de terminar mi horario laboral	si
3. Mantener actualizado el archivo de la dependencia conforme con la normatividad vigente y los procedimientos de la Subred	100%	Realizar las actividades asignadas en el area de administrativa de ginecoobstetricia y pediatria.	si
4. Apoyar la elaboracion de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al area según instrucciones del supervisor	100%	Realizar cartas, informes y respuesta a los requerimientos que me dirigen mis supervisores contando con su visto bueno	si
5. Gestionar las solicitudes de suministros, papeleria y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del area.	100%	Realizar correctamente la solicitud de suministros y papeleria que me hacen falta en el puesto de trabajo para cumplir con las obligaciones requeridas.	si

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.374.338 un millon trecientos setenta y cuatro mil trecientos treinta y ocho pesos.

ELIANA JISEL OSMA FONTECHA CC. 1.101.754.553

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

compensar miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1101754553	ELIANA JISEL OSMA FONTECHA	Carrera 86 B No 56-11 Sur	3133152085	eliana.osma@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-06	2020-06	I	30/06/2020	43590625	$289.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800	0		0		0	0	0	0	109.800	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	140.500	0	0	0	0	0	0		140.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400				21.400	0	0	21.400			214	21.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	17.600	0	0	17.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	109.800	109.800
Pensión	1	140.500	140.500
Riesgos Laborales	1	21.400	21.400
CCF	1	17.600	17.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	289.300	289.300

43590625

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ELIANA JISEL OSMA FONTECHA

C.C 1.101.754.553 DE VELEZ

La suma de $ 1.374.338 (Un millón trecientos setenta y cuatro mil trecientos treinta y ocho pesos), por concepto de: Prestación servicios como AUXILIAR ADMINISTRATIVO en el área de Ginecología y Pediatría de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E KENNEDY durante el periodo de 01 al 31 de Julio del 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 11-2020.

Nombre de contratista

C.C 1.101.754.553 DE VELEZ

CUENTA DE AHORROS BANCO BOGOTA

NUMERO 037270683