

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
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:			Ginecología y Pediatría			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			12 DE 12				
NÚMERO DE CDP		1723	FECHA		26/11/2020	NÚMERO DE CRP		51375	FECHA		30/11/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:			AUXILIAR ADMINISTRATIVO										
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	12	2020			31	12	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.374.338									
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES:													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$15.850.698					
VALOR EJECUTADO								\$15.850.698					
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 <u>mínimo</u> 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							
46945871	\$877.803,00	\$109.725	\$140.448	3	\$21.383	\$271.556							
Dado en Bogotá a los () días del mes de Diciembre 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							



ALCALDIA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión 2
Fecha de aprobación 03/04/2017
Código: 04-02-FO-0003

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Salud Pública
Unidad de Servicios de Salud Occidente de Kennedy

Ubicación del Servicio:		Ginecoobstetricia y pediatría		Sede: Kennedy	
No. DE CONTRATO:	11-2020	Periodo certificado desde el	Día 1	Mes 12	Año 2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Elisana 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 capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales es convocada.		100%	Realizar inducción 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 terminación 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 área de administrativa de ginecoobstetricia y pediatría.		si
4. Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área 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, papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área.		100%	Realizar correctamente la solicitud de suministros y papelería 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 millón trescientos setenta y cuatro mil trescientos 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.

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESANO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD					TOTAL A PAGAR	
2020-11	2020-11	I	11/12/2020	46945871	\$289.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	109.800

TOTALES PENSIÓN			
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230301	Porvenir	800224808-8	140.500

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
230301	Porvenir	800224808-8	140.500

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria
14-11	ARL SURA	890903790-5	21.400

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
0	0	0	0	1
0	0	0	0	1

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ISE, 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

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 trescientos setenta y cuatro mil trescientos 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 Diciembre 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