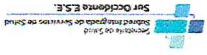


		Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002		TESORERIA PRESTACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PAGO POR SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR			
---	--	--	--	--	--	---	--

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA NOMBRE DEL CONTRATISTA: YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ TIPO DE DOCUMENTO: C.C. X C.E. NO. CORREO ELECTRONICO: yuliethecamilagarzon@gmail.com UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: Uss Kennedy UBICACIÓN DEL SERVICIO: Nutrición SEDE: Kennedy CENTRO DE COSTOS: Centro de costo % Centro de costo % Centro de costo % ENTIDAD FINANCIERA: BANCOLOMBIA TIPO DE CUENTA: Ahorros NUMERO DE CUENTA BANCARIA: 29968639810 PENSIONADO NO									
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: 17-2020 N° DE PAGOS DEL CONTRATO 5 DE 6 NÚMERO DE CDP: 803 FECHA: 26/05/2020 NÚMERO DE CRP: 26606 FECHA: 30/05/2020 OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como TECNICO ADMINISTRATIVO II dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la institución.									
PERIODO CERTIFICADO: DESDE DIA 1 MES 7 AÑO 2020 HASTA DIA 31 MES 7 AÑO 2020 VALOR HORARIOS MENSUALES: 1,377,330 TIPO DE SERVICIOS: RESERVA DE GLOSA 2% NA									
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 VALORES VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: \$7,621,226 VALOR EJECUTADO: \$7,621,226 VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA: \$1,377,330 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 COTIZACIÓN		APORTE A SALUD		APORTE		NIVEL	
8343287350		\$877,803		\$109,800		\$140,500		3	
TOTAL APORTES		APORTE		PENSION 16% ARL		APORTE		TOTAL APORTES	
\$271,700		\$21,400		\$271,700		\$21,400		\$271,700	
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,									
VIVIANA TEJERA PALACIO NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:					YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:				

Ubicación del Servicio:

SERVICIO DE ALIMENTOS

No. DE CONTRATO:-1-

17-20200

Periodo certificado

Día

Mes

Año

desde el

Día

Mes

Año

a

Día

Mes

Año

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 DE COCINA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es:

Productos :

SI

Servicios:

SI

NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

PROGRA

MADO

ACTIVIDADES REALIZADAS

PRODUCTOS ENTREGADOS

1. Portar elementos de protección(gorro, tapabocas,guantes,batas) para el desarrollo de actividades 2.aplicar principios establecidos en los instructivos y procedimientos del servicio.3.aplicar las buenas prácticas de manufacturas establecidas en el decreto 3075 de 1997.4.Utilizar uniformes de colores claros, sin bolsillos ni botones con zapato cerrado en material no absorbente y antideslizantes, estos deben usarse con medias 5.cuando oportuna y datadamente registrar los formatos del área 6.Realizar las lavadas antes del objeto como nutricionista de piso 9. Elaboración e bebidas mas y calientes de acuerdo a la organización de cada piso.9. Elaboración e bebidas mas y calientes de acuerdo al momento de elaboración.10. Asistir a la servida de dietas de acuerdo a lo solicitado por cada paciente hospitalizado de acuerdo a su patología.12. Recoger menaje en su debido tiempo desechando en bolsa pertenientes los sobrantes 13.Lavado de menaje y carros respectivos de acuerdo a la distribución de sus pisos. Entrega de turno dejando todo en completo orden y desinfección. 14. Todo personal antes de ser contratado y durante el tiempo de empleo debe someterse a exámenes médicos según el decreto 3075 de 1997. 15. presentar al supervisor de la orden de prestación de servicio el original y la copia del recibo y/o planilla correspondiente al pago de los aportes al sistema de seguridad social integral (salud y pensión) de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 789 del 2002 en concordancia con el artículo 1 de la ley 828 del 2003. 16 Realizar las acciones pertinentes para la afiliación para la administración de riesgos laborales ARL. 17 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación mediante la cual se establece el cumplimiento de las actividades para el pago de los honorarios. 18 Presentar al supervisor de la Ops el respectivo informe de actividades con el fin de que se expida la certificación de las actividades para el pago de los honorarios. 19. Responder y velar por el cuidado y mantenimiento de los bienes y elementos suministrados por la empresa que se necesitan para el desempeño de sus actividades para que el supervisor expida el certificado de cumplimiento a satisfacción, deberá constatar además que el contratista haya reintegrado los bienes y elementos en su totalidad en el estado en que lo recibió

OBSERVACIONES:

100

Preparación de materia prima y distribución en piso asignado

desinfectar al servicio inicialmente hago manos y procedo a preparación del desinfectocon del area realizo lavado de platos servida de los mismos, servida de segundo piso, recojo menaje y bajo al guiso, alistamiento de preliminar luego preparación de jugos para todos los dietas y entrega de las mismas en el servicio a lavado y desinfección del menaje y dejar servicio limpio y desinfectado para el turno siguiente

TOTAL A PAGAR (Número y letras): (\$1.377.330) UN MILLON TRESCIENTOS SETENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS TREINTA PESOS MONEDA LEGAL

Nombre completo, cédula y firma del contratista: YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ Cc 1013682367

Supervisor

Yulieth Camila Garzon Suarez

1907-2020 Firma de recibido

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

Camila Garzon S.

29968639810

NUMERO

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

C.C.1013682367 DE BOGOTA D.C

YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ

Camila Garzon S.

La suma de 1,377.330, por concepto de: Prestacion de servicio como auxiliar de cocina en el area de nutrición sede Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de julio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1888-2020.

C.C 1013682367 De Bogota D.C

yuliezh camila garzon suarez

DEBE A:

NIT: 900.959.048-4

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE N 07/ 2020

49

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ

No. identificación: CC1013682367

Dirección: CALLE 5 A SUR #81C 59

Teléfono: 4912909

Correo: yuliehcamiagarzon@gmail.com

Ciudad: BOGOTÁ, D.C.

Número de Planilla: 8343287350

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ
Tipo y número de identificación	CC1013682367
Número de planilla	8343287350
Fecha pago	2020-06-16
Número de autorización pago	47071088
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	mayo de 2020
Periodo de Cotización Pensión	mayo de 2020
Número de Administradoras	3
Total Pagado	157600
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	21400	1
230301	Porvenir	26400	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Coisubsidio	109800	1

TIPO DOC.:

NO. DOCUMENTO:

1013682367

CC

APELLIDOS Y NOMBRES:

YULIETH CAMILA GARZON SUAREZ

Cód. EPS	EPS017	877803	IBC	PENSIÓN	877803	IBC	CAJAS	0	109800	VALOR UPIC	0	PENSIÓN	26400	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	0	COTIZACIÓN RIESGOS	21400	APORTE CAJAS	0
----------	--------	--------	-----	---------	--------	-----	-------	---	--------	------------	---	---------	-------	----------------------------------	---	--------------------	-------	--------------	---

[Handwritten signature]