

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

Versión: 2
Fecha de aprobación: 31/03/2017
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO:		52.974.721						
CORREO ELECTRONICO:				jenny+za27@hotmail.es				CELULAR:		310 2218560					
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	%		
		KE10L01	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				468270065146						PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4218-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				1 DE 2			
NÚMERO DE CDP		29		FECHA		08/01/2020		NÚMERO DE CRP		17649		FECHA		26/02/2020	
OBJETO DEL CONTRATO:				AUXILIAR DE ENFERMERIA											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO		
						26	2	2020			29	2	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$230.760											
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL				RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES:															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO										VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:										\$1.965.210					
VALOR EJECUTADO										\$230.760					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA										\$230.760					
VALOR A LIBERAR										\$0					
SALDO POR EJECUTAR										\$1.734.450					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN										12%					
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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
		\$0	\$0	3	\$0	\$0									
Dado en Bogotá a los <u> </u> días del mes de Marzo del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 LUDDY MARTIN BACCI NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:							 JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA								

**INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE
 PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

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



PLACUSATOR
 DE SUROCCIDENTE

Ubicación del Servicio:	PATOLOGIA				Sede: KENNEDY			
No. DE CONTRATO:	4218-2020	Periodo certificado desde el			Día	Mes	Año	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ	C. C.			26	2	2.020	
		52.974.721			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 ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMA DO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
<p>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 al desarrollo de las 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 de las 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, puntualidad y confiabilidad de la información. 12. Asistir</p>	100	<ul style="list-style-type: none"> • Transcripción de Informes de Patología • Apoyo en la descripción macroscópica. • archivo de laminas histopatológica y bloques de parafina. • Radicación diaria de muestras. • Entrega de bloques y láminas requeridas. • Atención adecuada, oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general. • Suministrar información de acuerdo a los requerimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Informes de Patología transcritos. • Borrador de descripción macroscópica manuscrito. • Muestras radicadas. • Bloques y láminas requeridas entregadas.

TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOSIENTOS TREINTA MIL SETECIENTOS SESENTA PESOS (230.760)

Jenny Yeritza Cubillos Bermudez 52974721

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ C.C. 52.974.721

Fecha: -- / 03 / 2020 Firma de recibido supervisor:

LUDDY MARTIN BACCHI

Medellín, 09 de marzo de 2020

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

CERTIFICA:

Que JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52974721 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 27/02/2020

Fecha fin cobertura:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR OCCIDENTE N900959048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Tenga en cuenta lo siguiente para realizar la cotización y pago:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C529747212006932366

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

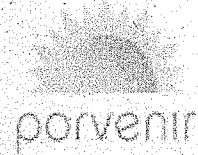
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

09/03/2020 8.59 AM



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA



SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JENNY YERITZA CUBILLOS BÉRMUDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 52.974.721, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 09 de Febrero del 2020.

Cordialmente,

Vicepresidente de Clientes y Operaciones



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así logrará recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.



FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



No. de Radicación:
 Fecha de Radicación: 07/03/2021

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ☒ • Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☐ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☒	Código (a registrar por la EPS) C3
---	---	---	---	---	---------------------------------------

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres Ceballos Ramirez Jennyfer	7. Tipo de documento de identidad CC	8. Número de documento de identidad 52974721	9. Sexo Femenino ☒ Masculino ☐	10. Fecha de nacimiento 10/05/1988
---	---	---	--	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia Tipo ☐ Condición ☐	12. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	13. Puntaje SISBÉN 10	14. Grupo de población especial No	15. Administradora de riesgos laborales - ARL Porvenir	16. Administradora de pensiones Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC 572203	18. Residencia 2059 Clarkindia KR79F 582 84	19. Zona Urbana ☒ Rural ☐	20. Correo electrónico Jennyfer27@hotmail.es	21. Correo electrónico Cordinancia Bogota	22. Correo electrónico Basquenny Cubillas Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres Sanchez Ramirez Carlos	20. Tipo de documento de identidad CC	21. Número de documento de identidad 79921224	22. Sexo Femenino ☐ Masculino ☒	23. Fecha de nacimiento 11/03/1980
---	--	--	---	---------------------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino ☐ Masculino ☐
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			
B1 Sanchez	Cubillos	Nancy	Luciani	CC	1028597663	X
B2						
B3						
B4						
B5						

28. Fecha de nacimiento		29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo ☐ Condición ☐	32. Datos de residencia			33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	B2	B3	B4	B5	Municipio / Distrito	Zona Urbana ☒ Rural ☐	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
05/02/2019		Hija			Cordinancia Bogota		Bogota	3102218562
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)	V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO	
B1	B2	35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación
B3	B4	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
B5			
39. Ubicación			

B. REPORTE DE NOVEDADES

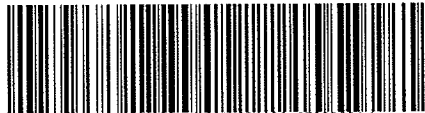
40. Tipo de Novedad	7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐
1. Modificación datos básicos de identificación ☐	8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐	14. Traslado: A. Mismo Régimen ☒ B. Diferente Régimen ☐
2. Corrección datos básicos de identificación ☐	9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☐	15. Reporte por fallecimiento ☐
3. Actualización documento de identidad ☐	10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐	16. Reporte del trámite de protección al cesante ☐
4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐	11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐
5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐	12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐	18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐
Código ☐		
6. Reinscripción en la EPS ☐		

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación		42. Fecha	
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	Sexo Femenino ☐ Masculino ☐	43. EPS anterior CYOT Blanca
44. Motivo de traslado Código		45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐	49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☒	51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐	50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☒	52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☒
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐		53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☒

	Formulario del Registro Único Tributario Hoja Principal		001
2. Concepto 02 Actualización Espacio reservado para la DIAN		4. Número de formulario 14679936044	
		 (415)7707212489984(8020) 000001467993604 4	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 2 9 7 4 7 2 1 - 0		6. DV: 0	12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá
		14. Buzón electrónico: 3 2	
IDENTIFICACION			
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2		26. Número de identificación: 5 2 9 7 4 7 2 1	
25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3		27. Fecha expedición: 2 0 0 1 0 8 0 1	
Lugar de expedición: COLOMBIA		28. País: 1 6 9	
29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido: CUBILLOS		32. Segundo apellido: BERMUDEZ	
33. Primer nombre: JENNY		34. Otros nombres: YERITZA	
35. Razón social:			
36. Nombre comercial:			
UBICACION			
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.	
40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. 0 0 1		41. Dirección principal: CR 80 A 58 J 23 SUR BRR BOSA CLARELANDIA	
42. Correo electrónico: jennytza27@hotmail.es		43. Código postal:	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:	
CLASIFICACION			
Actividad económica		Ocupación	
46. Código: 8 6 9 2	47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 1 1 1 1 9	48. Código: 49. Fecha inicio actividad:	50. Código: 1 2
51. Código: 2 2 2 4		52. Número establecimientos:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos			
53. Código: 2 0			
20- Obtención NIT			
Obligados aduaneros		Exportadores	
54. Código:		55. Forma:	
56. Tipo:		57. Modo:	
58. CPC:		59. Fecha:	
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación			
Para uso exclusivo de la DIAN			
59. Anexos: SI ☐ NO ☒		60. No. de Folios: 0	
61. Fecha: 2 0 2 0 0 1 2 3		Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.	
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.		Firma autorizada:	
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016		984. Nombre: CUBILLOS BERMUDEZ JENNY YERITZA	
Firma del solicitante:		985. Cargo: CONTRIBUYENTE	

ES DAVIVIENDA

A QUIEN INTERESE

BOGOTA
COLOMBIA

2020/02/14

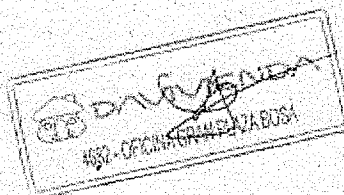
Por medio de la presente hacemos constar que la señora JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ
con Cédula de Ciudadanía número 52974721
de BOGOTA D.C. DISTRITO CAPITAL
posee en el Banco Davivienda:

CUENTA AHORROS (FLUIDIARIO)

Número / 466270065146

Fecha Apertura 2020/02/14

Cordialmente,



Firma Autorizada
BANCO DAVIVIENDA

feb