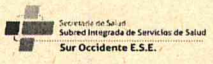


|                                                                                   |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> | 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 |       |       |     | 9 DE 9 |      |            |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 1380 |  | FECHA                  |  | 25/09/2020 |     | NÚMERO DE CRP            |       | 44215 |     | FECHA  |      | 30/09/2020 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |      |  | AUXILIAR DE ENFERMERIA |  |            |     |                          |       |       |     |        |      |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |  |      |  | DESDE                  |  | DIA        | MES | AÑO                      | HASTA |       | DIA | MES    | AÑO  |            |  |
|                                                                          |  |      |  |                        |  | 1          | 10  | 2020                     |       |       | 31  | 10     | 2020 |            |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  |      |  |                        |  |            |     | \$1.734.450              |       |       |     |        |      |            |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |  |      |  | ASISTENCIAL            |  |            |     | RESERVA DE GLOSA 2%      |       |       |     |        |      |            |  |

OBSERVACIONES:

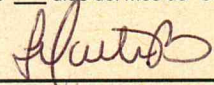
| CONCEPTO                                |  | VALORES      |
|-----------------------------------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  | \$14.106.360 |
| VALOR EJECUTADO                         |  | \$14.106.360 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  | \$1.734.450  |
| VALOR A LIBERAR                         |  | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      |  | \$0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 |  | 100%         |

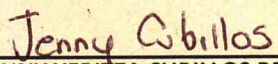
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 1032305734         | \$877.803,00      | \$109.725                | \$140.448          | 3         | \$21.383   | \$271.557     |

Dado en Bogotá a los \_\_\_\_ días del mes de Octubre 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

|                         |                                 |                              |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------|
| Ubicación del Servicio: | PATOLOGIA                       | Sede: KENNEDY                |
| No. DE CONTRATO:        | 4218-2020                       | Periodo certificado desde el |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ | C. C. 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PROGRAM ADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>OBLIGACIONES DEL 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 cuidada 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 acreditación, auditoría 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, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13.</p> | 100         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Transcripción de Informes de Patología Apoyo en la descripción macroscópica.</li> <li>archivo de laminas histopatológica y bloques de parafina.</li> <li>Radicación diaria de muestras.</li> <li>Entrega de bloques y láminas requeridas.</li> <li>Atención adecuada, oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general.</li> </ul> <p>Suministrar información de acuerdo a los requerimientos.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de Patología transcritos.</li> <li>Borrador de descripción macroscópica manuscrito.</li> <li>Muestras radicadas.</li> <li>Bloques y láminas requeridas entregadas.</li> </ul> |

TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON SETECIENTOS TREINTA CUATRO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA PESOS (1,734.450)

Jenny Yeritza Cubillos Bermudez cc 52974721

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:  
JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ C.C. 52.974.721

*[Firma]*

Fecha: -- / -- / 2020 Firma de recibido supervisor:  
LUDDY MARTIN BACCI



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-10-05, 04:43:44 PM Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES  
Periodo Cotización: septiembre de 2020 Período Servicio: septiembre de 2020 Referencia pago (PIN): 8815310020  
Número Planilla: 1032305734

PAGADO 05/10/2020

DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                 |
|---------------------|---------------------------------|
| Razón Social        | JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ |
| Documento           | CC52974721                      |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                   |
| Tipo Persona        | NATURAL                         |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                     |
| Representante Legal |                                 |
| Total Afiliados     | 1                               |

I. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                 |                |                   | Novedades |       |     |     |     |     |    |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud    |          |          | Riesgos |                |               | Cajas          |                |             |              | Parafiscales |             |                | Total          |          |             |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|---------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-------|-----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|----------|----------|----------|---------|----------------|---------------|----------------|----------------|-------------|--------------|--------------|-------------|----------------|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres             | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET P | TAE | TDE | TSP | TAF | TP | TSN | LMA | VCT | VAC       | VAP | IKP | DIA A RP | DIA A RP | DIA A RP | DIA 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 Ministerio | Total |            |
| C-52974721         | JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ | 59             | 00                |           |       |     |     |     |     |    |     |     |     |           |     |     |          |          |          |         |                |               |                |                |             |              |              |             |                |                |          |             |             |             |      |                   |       | \$ 271.700 |

III. TOTALES

|             |            |           |            |             |            |           |      |                 |            |               |            |                 |           |               |      |              |      |              |      |              |      |                       |      |                                                |      |                   |      |                                |            |                         |      |             |            |
|-------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|------------------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------------|-------------------------|------|-------------|------------|
| IBC Pensión | \$ 877.803 | IBC Salud | \$ 877.803 | IBC Riesgos | \$ 877.803 | IBC Cajas | \$ 0 | Aportes Pensión | \$ 140.500 | Aportes Salud | \$ 109.800 | Aportes Riesgos | \$ 21.400 | Aportes Cajas | \$ 0 | Aportes SENA | \$ 0 | Aportes ICBF | \$ 0 | Aportes ESAP | \$ 0 | Aportes Min Educación | \$ 0 | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | \$ 0 | Incapacidades ARP | \$ 0 | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | \$ 271.700 | TOTAL INTERESES DE MORA | \$ 0 | TOTAL FINAL | \$ 271.700 |
|-------------|------------|-----------|------------|-------------|------------|-----------|------|-----------------|------------|---------------|------------|-----------------|-----------|---------------|------|--------------|------|--------------|------|--------------|------|-----------------------|------|------------------------------------------------|------|-------------------|------|--------------------------------|------------|-------------------------|------|-------------|------------|

felB

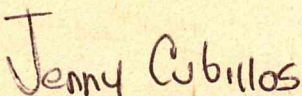


**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**  
**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**JENNY YERITZA CUBILLOS BERMÚDEZ**  
**C.C 52974721 DE BOGOTA**

La suma de 1.734.450, por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4218- 2020

  
**JENNY YERITZA CUBILLOS BERMÚDEZ**

**C.C.52974721 de Bogota**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**  
**NÚMERO 468270065146**

