CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO O ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión	1
Fecha de aprobación	2019/07/19
Código	Gestión Financiera

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CINDY PAOLA MADRIGO JIMENEZ												
TIPO DE DOCUMENTO	C.C.	X	C.E.		NO.	1004237483							
CORREO ELECTRONICO	[redacted]				CELULAR	3214613313							
NOMBRE DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	UBS PATIO BONITO												
UBICACIÓN DEL SERVICIO	SERVICIO FARMACEUTICO				SEDE	SUR							
CENTRO DE COSTOS	Nombre de Unidad	10	Nombre de Unidad	%	Nombre de Unidad	%	Nombre de Unidad	%	Nombre de Unidad	%	Nombre de Unidad	%	
	8-CENTRO	100											
ENTIDAD FINANCIERA	BANCO DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	[redacted]					PREDETERMINADO	Si						

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	5268-2020			Nº DE PAGO DEL CONTRATO			1 DE 1		
NUMERO DE CDP	1722	FECHA	06/11/2020	NUMERO DE CRP	6282	FECHA	9/11/20		
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de farmacia, dando en las diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E de acuerdo al requerimiento institucional								
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	10	2020		31	10	2020	
VALOR HORA	$6.000								
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	REGIMEN DE SUBSIDIO							

CONDICIONES ADICIONES: (Descuentos, multas, fianzas, Seguridad y otros) Sin descuentos ni multas. O cualquier otra novedad que requiera en el pago de honorarios, advirtió adjuntará en de emitir que para los actos tributarios se debe adjuntar los soportes

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$6.000.000
VALOR EJECUTADO	$6.000.000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.724.490
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

El supervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

De verificar, en cumplimiento del artículo valor de, los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios mensuales a $2.184.987 , el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente

Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
84135546078	$ 877.805	$109.800	$140.500	3	$21.400	$271.700

Dado en Bogotá a los 11 días del mes de diciembre del año Dos Mil veinte (2020) La presente para cualquier de pago pertinente. Cumplimiento

RODRIGO [redacted] FONSECA
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR

CINDY PAOLA MADRIGO JIMENEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Contratante: Ese Barrios	SECRETARIA DE COMPLEMENTARIOS – TUMACO		Fecha: LOS PATOS BARRIO				
No. DE CONTRATO:	[illegible]	Prestado satisfactoriamente desde el:	Día: [illegible]	Mes: [illegible]	Año: [illegible]	A:	Día: [illegible]	Mes: [illegible]	Año: [illegible]
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CINDY PAOLA RODRIGUEZ [illegible]		$ [illegible]			DE:			

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista se obliga por sí y de manera independiente, sin que exista subordinación o relación laboral alguna, prestará sus servicios a la Secretaría de Salud de Tumaco de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Positivo: SI: ___ NO: ___ Suficiente: SI: ___ NO: ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES		ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Actuar de conformidad con principios éticos y morales en el ejercicio de sus funciones.	SI / NO / PROGRAMADO	Asistencia de manera [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible] [illegible]	[illegible]
2. Cumplir las tareas y/o actividades asignadas por el supervisor del contrato.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
3. Cumplir con el horario establecido para el desarrollo de las actividades.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
4. Responder por la custodia y conservación de los elementos que le sean asignados para el cumplimiento de las actividades.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
5. Presentar los informes de actividades y documentos requeridos para el cumplimiento del objeto contractual.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
6. Mantener la reserva profesional de la información que conozca en desarrollo del objeto contractual.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
7. Cumplir con las demás obligaciones que se deriven del objeto contractual.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
8. Cumplir con las normas de seguridad, higiene y salud en el trabajo establecidas por la entidad.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
9. Cumplir con las normas de seguridad, higiene y salud en el trabajo establecidas por la entidad.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
10. Cumplir con las normas de seguridad, higiene y salud en el trabajo establecidas por la entidad.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
11. Cumplir con las normas de seguridad, higiene y salud en el trabajo establecidas por la entidad.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
12. Cumplir con las normas de seguridad, higiene y salud en el trabajo establecidas por la entidad.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
13. Cumplir con las normas de seguridad, higiene y salud en el trabajo establecidas por la entidad.	SI / NO / PROGRAMADO	[illegible]	[illegible]
Observaciones:			

TOTAL A PAGAR: [illegible] UN MILLON SETECIENTOS TREINTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS ONCE PESOS ($1'734.411 - PESOS M/CTE)

Cindy paola rodriguez jimenez
CONTRATISTA

Nombre y firma supervisor

Nota: El informe para su aprobación deberá estar sujeto a la verificación del cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ

C.C 1032387493 DE BOGOTA

La suma de 1.734.450, por concepto de: pago de honorarios durante el periodo del 1 al 31 de diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5289-2020

CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ

C.C 1032387493 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 550005500184048

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

Salud Total

Bogotá, Diciembre 2 de 2020

Señora
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA
CC. 1032367493
TV 24B 17 67 TO 1 AP - 9001
Ciudad

Ref: M-PYQA-F068. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 12 de 2010. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem Cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Activo	Discapacidad
MARQUINEZ MADRID INGRI VALENTINA	1031363287	T	Mar-12-2010	429	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARQUINEZ MADRID LEIDIS NICOL	1031368118	T	Mar-12-2010	429	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARQUINEZ MADRID ANA SOFIA	1031368788	T	Mar-12-2010	429	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MARQUINEZ MADRID MARIANA	1031431864	T	Mar-12-2010	429	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032367493	C	Jun-8-2018	98	0	CONYUGE	VIGENTE			Ninguna
MARQUINEZ MUÑOZ JUSEPIN ARMANDO	91494858	C	Mar-12-2010	429	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
MARQUINEZ MUÑOZ JUSEPIN ARMANDO	91494858	T	Mar-12-2010	429	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
				118	0	HIJO DE 18 A 25 AÑOS	NO VIGENTE	Feb-4-2020	Cambio a afiliación de la pareja	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del empleador	Documento	Tipo de cotizante	Estado de cotizante
EMPLEADOS SOMOS CENTRO SAS	1032367493	Dependiente	CESANTE
EL MUNDO DEL CAMPO SAS	1032367493	Dependiente	CESANTE
COMPUTECH	1032367493	Dependiente	CESANTE
CHEMO BRIDGE Y FARMACIAS PRIVADAS S.A.S	1032367493	Dependiente	CESANTE
FUNDACION CAMPO INTELIGENTE	1032367493	Dependiente	CESANTE
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032367493	Dependiente	CESANTE
	1032367493	Cambio de empresa de servicios Supera s.a.	CESANTE
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032367493	Cambio de empresa de servicios Supera s.a.	CESANTE
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032367493	Cambio de empresa de servicios Supera s.a.	RETIRADO
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032367493	Independiente PARTIPA el Sistema de Riesgos Laborales	CESANTE
MADRIDEJO JIMENEZ CINDY PAOLA	1032367493	Trabajador Independiente	CESANTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continuen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Escaneado con CamScanner

porvenir

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

CINDY PAOLA MADIEDO JIMENEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.387.493**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 02 de Diciembre del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que siga cotizando en realizar sus aportes obligatorios para su pensión, así logrará recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Escaneado con CamScanner

ARL | sura

Medellín, 02 de diciembre de 2020

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

CERTIFICA:

Que CINDY PAOLA MADRIDO JIMENEZ identificado(a) con cedula de ciudadanía 1032387493 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 17/06/2020 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E 900084048

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACIÓN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS 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 PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACIÓN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS 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 SERVICIOS DE SALUD CON INTERNACIÓN, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA CON AYUDAS DIAGNÓSTICAS, INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNÓSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101

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

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

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:C1032387493202033778219

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. en virtud de la vinculación independiente. La información contenida en este certificado puede ser retirada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/12/2020 10:46 PM

Dirección IP: 190.25.246.186, 190.253.31.17, 172.16.40.57

Escaneado con CamScanner