Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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			12 DE 12		
NÚMERO DE CDP	1958	FECHA	23/12/2020	NÚMERO DE CRP	60251	FECHA	31/12/2020		
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	1	2021		31	1	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.734.450								
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$19.309.710
VALOR EJECUTADO	$19.309.710
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
1034189381	$877.803,00	$109.725	$140.448	3	$21.383	$271.557

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de enero del año Dos Mil veinte uno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUDDY MARTIN BACCI
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Jenny Cubillos
JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	PATOLOGIA						**Sede: KENNEDY**			
No. DE CONTRATO:	**4218-2020**	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	1	2.021		31	1	2.021	
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 X NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
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 el desarrollo dela 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 del as 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 con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al	100	• 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.	• Informes de Patología transcritos. Borrador de descripción macroscópica manuscrito. Muestras radicadas. Bloques y láminas requeridas entregadas.

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

Jenny Cubillos Bermúdez cc 52974721

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ C.C. 52.974.721

Fecha : -- / 01 / 2021 Firma de recibido supervisor:_

LUDDY MARTIN BACCI

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-01-06, 07:29:13 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1034189381 **Referencia pago(PIN)** 8815310020

Periodo Cotización 202012 **Periodo Servicio** 202012

Cliente:

PAGADA 2021-01-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JENNY YERITZA CUBILLOS BERMUDEZ				
Documento	CC 52974721	**Dirección**	CR 80A #58 J - 23		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3102218560		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52974721		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					CUBILLOS BERMUDEZ JENNY YERITZA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 877.803	230301		16 %	$ 877.803	$ 140.500	$ 0	$ 0	EPS008		12,5 %	$ 877.803	$ 109.800	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 877.803	$ 21.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	COMPENSAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 140.500	$ 0	$ 0	$ 109.800	$ 21.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE

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 enfermeria durante el periodo de 01 al 31 de Enero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4218- 2020

Jenny Cubillos

JENNY YERITA CUBILLOS BERMÚDEZ

C.C.52974721 de Bogota

CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA

NÚMERO 468270065146

Jeb