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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	20,547,231						
CORREO ELECTRONICO:	myecita@gmail.com				CELULAR:	3204905667						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	GESTION DOCUMENTAL				SEDE:	Kennedy						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO60R35	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24056692718								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3661-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			10 DE 10			
NÚMERO DE CDP	1599	FECHA	31/10/2020	NÚMERO DE CRP	48806	FECHA	30/10/2020			
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en la Dirección Administrativadentro de los 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	11	2020		13	11	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1,374,338									
TIPO DE SERVICIOS	Administratvo	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							
OBSERVACIONES:										

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$13,743,380
VALOR EJECUTADO	$12,964,589
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$595,547
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$778,793
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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 $2,194,507 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1033670866	$877,803	$109,800	$140,500	3	$21,400	**$271,700**

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de NOVIEMBRE del año DOS MIL VEINTE (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

Martin R.

MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ LOPEZ

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Heidy Maryely Quevedo Barbosa

HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	GESTION DOCUMENTAL							**Sede: ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO**		
No. DE CONTRATO:	3661-2020	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	11	2,020		13	11	2,020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA		**C. C.**	20,547,231			**DE**	FOSCA	

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 ADMINISTRATIVO 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
1. Realizar las actividades correspondientes a la Central de historias clínicas y archivo institucional de acuerdo a la Normatividad vigente. 2.Garantizar la custodia de las Historias Clínicas y demás documentos del archivo central. 3. Realizar atención personalizada al usuario, brindando información general y teniendo en cuenta la política de sistema gestión de calidad recordando a los usuarios los derechos y deberes. 4. Responder por el patrimonio y los elementos dados bajo su responsabilidad e inventario, garantizando el uso adecuado de los mismos. 5. Apoyar la Gestión Documental Institucional, archivos de Gestión e implementación TRD en los Puntos de Atención, Sedes Administrativos y PIC. 6. Recepción y custodia de archivo de historias clínicas entregadas al archivo central. 7. Dar cumplimiento a los puntos de control establecidos en los procedimientos para administración de documentos. 8. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades contractuales que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad. 9. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que se le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. 10. Conocer, promover y aplicar las políticas institucionales que garanticen objetivos corporativos el buen uso de recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo del hospital. 11. Recepción, verificación y organización de los documentos para la transferencia documental en el proceso de retroalimentación de inventarios en medio magnético. 12. Desarrollar las demás actividades afines al objeto Institucional requerido. 13. Realizar visitas de acompañamiento para la verificación de los procesos establecidos para el manejo de archivo institucional y de historia clínica. 14. Elaboración de cronograma anual de transferencia documental dando cumplimiento a la programación establecida de permanencia de los documentos en los archivos de gestión.	**100%**	ELABORACION DE INVENTARIO (FUID) CONTEO DE FOLIOS,CORRECCION Y MARCACION DE CARPETAS FISICAS IDENTIFICACION DE LA HC PROSESO DE ELIMINACION Y IDENTIFICACION DE NOVEDADES HC TRASFERIDOS DESDE ARCHIVO DE GESTION Y REHUBICACION FISICA DE LA HC EN LA CAJA X200	
		BASE DE VICTIMAS DEL CONFLICTO	2109

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 595.547 Quinientos noventa y cinco mil quinientos cuarenta y siete pesos m/cte

Heidy Maryely Quevedo Barbosa
HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:___20.547.231

Firma de recibido supervisor: Martin N.

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA No 11/ 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA

C.C. 20.547.231 DE FOSCA

La suma de $1,374,338, ¿por concepto de: PRESTACION DE SERVICIO COMO AUXILIAR ADMNISTRATIVO 1, EN EL AREA DE GESTION DOCUMENTAL SEDE ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO durante el periodo de 01 al 13 de NOVIEMBRE de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3661-2020

Heidy Maryely Quevedo Barbosa

HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA

Nombre de contratista

C.C. 20.547.231 DE FOSCA

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24056692718

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2020-11-13, 09:07:51 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1033670866

Periodo Cotización 202010 **Periodo Servicio** 202010

PAGADA 2020-11-09 12:48:06.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	HEIDY MARYELY QUEVEDO BARBOSA				
Documento	CC 20547231	**Dirección**	CARRERA 73 B NO 44 - 24 SUR		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3214905677		
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 20547231		**Residente**		**Exonerado**	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00					QUEVEDO BARBOSA HEIDY MARYELY	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	25-14		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
COLPENSIONES	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!