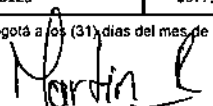
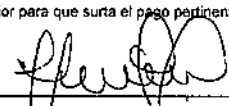
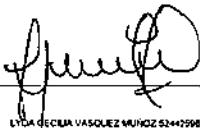
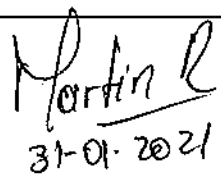


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				LYDA CECILIA VASQUEZ MUÑOZ							
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		52,442,596		
CORREO ELECTRONICO:				LYDAMUNOZ@MAYOR.CM				CELULAR:		3209103698	
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD						ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				GESTION DOCUMENTAL				SEDE:		Kennedy	
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		FO60R35	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA						0550488408119698				PENSIONADO	No
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3660-2020				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				12 DE 12	
NÚMERO DE CDP		1725	FECHA	26/11/2020	NÚMERO DE CRP		54161	FECHA	30/11/2020		
NÚMERO DE CDP			FECHA		NÚMERO DE CRP			FECHA			
OBJETO DEL CONTRATO:		Presta apoyo como AUXILIAR ADMINISTRATIVO en el área de Gestión Documental y Archivo dentro 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	1	2021		31	1	2021
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,374,338							
TIPO DE SERVICIOS		Administrativo		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0			
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.											
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO											
CONCEPTO								VALORES			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$16,492,056			
VALOR EJECUTADO								\$16,492,056			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1,374,338			
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.507, 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					
1034688123	\$877,803.00	\$109,800	\$140,500	3	\$21,400	\$271,700					
Dado en Bogotá a los (31) días del mes de ENERO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,											
 MARTIN ALFONSO RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 LYDA CECILIA VASQUEZ MUÑOZ NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS				<small>Version</small> 2 <small>Fecha de aprobación</small> 30/07/2021 <small>Código</small> 04-02-FO-0008													
Ubicación del Servicio:		GESTION DOCUMENTAL		Sede: Archivo Central Montevideo													
No. DE CONTRATO:	3660-2020	Período certificado desde el		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2,021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	1	1	2,021	<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>31</td> <td>1</td> <td>2,021</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	31	1	2,021
Día	Mes	Año															
1	1	2,021															
Día	Mes	Año															
31	1	2,021															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LYDA CECILIA VASQUEZ MUÑOZ	C. C.	52,442,596	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 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 Administrativas 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 fomentario 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%	Apoyo Dr. Martín Rodríguez	Solicitud y entrega de Requerimientos a las diferentes dependencias de la subred Sur Occidente: Total Requerimientos: 100 Requerimientos Historias Clínicas: 15 Requerimientos Carpelas contractuales: 60 Requerimientos Historias Laborales: 25 Devolución de Expedientes al Archivo Central: 35 Expedientes. Actualización y seguimiento base control de solicitudes Archivo Central. Revisión y Envío de Correos. 249 Revisión y Respuesta de Tickets. 12 Verificación Documentos colaboradores Gestion Documental para contratación OPS 2021: 28 listas de chequeo Solicitud y Entrega de Insumos. Apoyo Administrativo.														
OBSERVACIONES:																	
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.374.338 Un millón trescientos setenta y cuatro mil trescientos treinta y ocho pesos m/cto.																	
 LYDA CECILIA VASQUEZ MUÑOZ 52442596 DE BOGOTA			 31-01-2021														
NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA			Firma de recepción superior														

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LYDA CECILIA VASQUEZ MUÑOZ

C.C 52.442.596 DE BOGOTA

La suma de 1.374.338, por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR ADMINISTRATIVO 1, EN EL AREA DE GESTION DOCUMENTAL SEDE ARCHIVO CENTRAL MONTEVIDEO, durante el periodo de 01 al 31 de ENERO 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3660-2020



LYDA CECILIA VASQUEZ MUÑOZ

C.C.52.442.596 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550488408119698



PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2021-01-18, 06:49:57 a. m. Tipo Planilla 1 Número Planilla 1034688123
Período Cotización 202012 Período Servicio 202012

PAGADA 2021-01-02 13:23:55.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LYDA CECILIA VASQUEZ MUNOZ		Dirección	CLL 71 SUR 18 R 17	
Documento	CC 52442596		Teléfono	7687656	
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE		Forma Presentación	UNICO	
Tipo Persona	NATURAL		Departamento	BOGOTA D.C.	
Representante Legal			Identificación		

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 52442596		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	57	00							
VASQUEZ MUÑOZ LYDA CECILIA							11001000 - 11		BOGOTÁ D.C.

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

Novedades	Envejecimiento	Tipo estudio	Salario	Pensión				Salud				Riesgos				Caja				Parafiscales			
				Código AFP	Total AFP	REC	Total AFP	Código EPS	Total EPS	REC EPS	Total EPS	Código ARL	Total ARL	REC ARL	Total ARL	Código CCF	Total CCF	REC CCF	Total CCF	Código SENA	Total SENA	REC SENA	Total SENA
01	01	01	\$ 877.803	25-14	16 %	\$ 877.803	\$ 140.500	BP2017	12,5 %	\$ 877.803	\$ 109.800	14-11	3	3,036 %	\$ 877.803	0 %	\$ 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 Calas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 140.500	\$ 0	\$ 0	\$ 109.800	\$ 21.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 271.700

