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.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA NARANJO ROZO												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.032.471.278							
CORREO ELECTRONICO:	andreenaranjo@hotmail.com				CELULAR:	3143777964							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LABORATORIO CLINICO				SEDE:	Kennedy							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE11L07	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	69161371556								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGEN(	2741-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	765	FECHA	27/05/2021	NÚMERO DE CRP	31649	FECHA	31/05/2021		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO BACTERIOLOGO ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD, de acuerdo a las necesidades de la Institución.								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	6	2021		30	6	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial								

OBSERVACIONES: Se realizan 186 horas

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15,679,800
VALOR EJECUTADO	$15.679.800
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,135,960
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 $2.271,315, 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
7800237477	$1.254.384,00	$153.800	$200.800	3	$30.600	**$388.200**

Dado en Bogotá a los (13) días del mes de JUNIO del año Dos Mil Veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra L. Velásquez Arévalo
Bacterióloga
51.955.043

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
BACTERIOLOGA LIDER DEL LABORATORIO CLINICO

Paola Naranjo

PAOLA ANDREA NARANJO ROZO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

DOCUMENTO EQUIVALENTE No A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

PAOLA ANDREA NARANJO ROZO

C.C 1.032.471.278 DE BOGOTA

La suma de: $ 3.135.960 (tres millones ciento treinta y cinco mil novecientos sesenta pesos m/cte) por concepto de: prestación de servicios de salud como Bacterióloga, durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No **2741** del año 2021.

Paola Andrea Naranjo Rozo

C.C 1.032.471.278 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 69161371556

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:	LABORATORIO CLINICO			**Sede: KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	2741-2021	**Periodo certificado desde el**		**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
				1	6	2021		30	6	2.021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	PAOLA ANDREA NARANJO ROZO		**C. C.**	1.032.471.278			**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 BACTERIOLOGO 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
Recibir y entregar turno según los procesos establecidos institucionalmente.	SI	Dilingenciar completamente los registros de atencion con las actividades realizadas en el punto de atencion y entregarlos oportunamente para alimentar los sistemas de informacion instituciones.	SE LLEVA REGISTRO DE ENTREGA DE TURNO , CONTROL DE CALIDAD INTERNO , MANTENIMIENTO DE EQUIPOS , CONTROL TEMPERATURAS ,TSH NEONATAL .
Establecer los procedimientos profesionales de rececpcion, toma de muestras, coloracion, montaje y lavado del material, registrar ordenes, procesamiento de muestras; preparacion de reactivos, medios de cultivo y soluciones; trascripcion de resultados.	SI	Participar activamente y proactivamente en todas las activamente programadas por la institucion en el proceso de Acreditacion, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad.	ASISTENCIA A LA UAT, REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ALMERA , APLICACIÓN DE CORRECTOS EN USO DE REACTIVOS Y EN LA IDENTIFICION DEL PACIENTE
Realizar el trabajo dentro del grupo de laboratorio clinico mediante mecanismos de planeacion y control.	SI	Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la la Acreditacion del Hospital.	ADGERENCIA A LOS PRINCIPIOS Y VALORES Y CODIGO DE ETICA DE LA INSTITUCION
Realizar acciones que permitan regular la demanda de pruebas y examenes, racionalizar la oferta y mejorar la eficiencia, incluyendo la automatizacion y la delegacion de actividades, y el soporte de las glosas.	SI	Implementar en el servicio actividades que conlleven a la mejora continua contenida en los planes de mejoramiento de acreditacion y de seguridad de pacientes.	SUPERVISION DE ORDENES MEDICAS , Y MARCACION CORRECTA DE MUESTRAS
Efectuar control diario de equipos, calidad quimica, nevera y baño serologico.	SI	Realizar sus actividades con pro actividad y participacion activa en los programas desarrollados por el Hospital (ej salud ocupacional... etc)	PARTICIPACION DE PAUSAS ACTIVAS
Realizar pruebas de control de calidad de los analisis clinicos a fin de garantizar la veracidad en los resultados.	SI	Brindar atenciones oportunas con calidad y calidez, adherencia a manuales y protocolos del laboratorio aplicado a los pacientes hospitalizados, de Urgencias y de Consulta	ADHERENCIA A MANUALES Y PROTOCOLOS
Registrar los resultados de H.I.V y T.S.H. Neonatales en libro y relacionar acorde con los procesos establecidos.	SI	Realizar analisis en las areas que integran el laboratorio clinico e informar los resultados, asi mismo revisar y firmar reportes cientifico-analiticos del mismo.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS CORRELACION DE LOS MISMOS .
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales de esterilizacion y bioseguridad, y demas reglamentos de la institucion.	SI	Apoyar la realizacion de actividades incluidas dentro de los Convenios Docente-Asistenciales y de investigacion que se programen tanto en el servicio como en la institucion.	APOYO EN CAPACITACIONES DE TOMA DE MUESTRAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **$ 3.135.960 tres millones ciento treinta y cinco mil novecientos sesenta pesos m/cte**

Paola Naranjo

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Paola Andrea Naranjo Rozo

CC 1.032.471.278 De Bogota

Sandra L. Velásquez Arévalo

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:

SANDRA [illegible] BACTERIOLOGA

51.955.048

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032471278
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			PAOLA ANDREA NARANJO ROZO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 82H # 73F-60SUR	TELÉFONO:	4800931
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Investigaciones y desarrollo experimental en el c
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	7800237477			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES mayo	AÑO 2021		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES mayo AÑO 2021
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2021/06/08			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1014068176

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 200.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 200.800	$ 0	$ 200.800
SUBTOTALES:										$ 200.800	$ 0	$ 200.800

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 156.800		$ 0	$ 0	$ 156.800	$ 0	$ 0	$ 156.800
SUBTOTALES:													$ 156.800	$ 0	$ 0	$ 156.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 30.600	$ 30.600	$ 0	$ 0	$ 30.600
SUBTOTALES:									$ 30.600	$ 0	$ 0	$ 30.600

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN			FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD						ARP						CCF		SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
																										ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO			ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1032471278	NARANJO ROZO PAOLA ANDREA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.254.384				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 1.254.384	$ 200.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 200.800	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.254.384	$ 156.800	$ 0	$ 156.800	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.254.384	103247127	$ 30.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 388.200

Planilla Pagada