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:	LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52937220						
CORREO ELECTRONICO:	maye.will@hotmail.com				CELULAR:	3115958299						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LABORATORIO				SEDE:	Sur						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	SU41L07	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	468270018277								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	SO-2746-2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		7 DE 7				
NÚMERO DE CDP	924	FECHA	21/06/2021	NÚMERO DE CRP	36774	FECHA	30/06/2021			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Laboratorio dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento instituciona									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2021		31	8	2021		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.795.086									
TIPO DE SERVICIOS		RESERVA DE GLOSA 2%								

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:	$12.565.602
VALOR EJECUTADO	$12.565.602
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.795.086
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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1038870950	$908.526,00	$113.600	$145.400	3	$22.200	**$281.200**

Dado en Bogotá a los 11 días del mes de Agosto del año Dos Mil VEINTIUNO (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Rossy Leonor Gonzalez G. Bióloga CC 52.832.990

ROSSY LEONOR GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LADY MALLERLY AMAYA
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. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	*CASP TRINIDAD GALAN*									
			Sede: SUR							
No. DE CONTRATO:	SO-2746-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	8	2.021		31	8	2.021	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ		C. C.	52,937,220			DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Laboratorio 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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ Servicios: SI ___ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la toma de muestra , procesamiento oportuno de examenes basico y especializados	PROGRAMADO	Realizo toma de muestras al 100%de los usuarios en las diferentes Upas asignadas según cronograma programado.	Realice toma de muestra de laboratorio al 100% de los los pacientes que lo solicitaron en atencion de consulta externa de PAPS Y 30, y urgencias CAPS Patio Bonito y CAPS trinidad Galan (Fines de semana) según orden medica y el manual de toma de muestras del Laboratorio Clinico.
2, Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de la boratorio	PROGRAMADO	Recolecte las muestras previamente marcadas y ordenadas por el personal médico,hice el montaje correspondiente según protocolo manual de procedimientos.	Distribui y organicè en bandejas y gradillas las diferentes muestras que traigo tomadas de las PAPS 30 para la lectura por parte del personal profesional .realizo montaje microscopia (orinas y coprologicos)
3, Diligenciar documentos para facturacion . Estadistica. Libros de registro , en forma legible	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
4, Entregar el reporte de los resultados de laboratorio a los usarios o en los diferentes servicios de la subred	PROGRAMADO	Entrego resultados según horario establecido por la institución	Entreguè a todos los Usuarios que se acercaron a reclamar resultados de acuerdo con la factura, y verificando los datos demogràficos, se descargaron en el sistema según el procedimiento de resultado de la institucion.
5, Brindar en forma oportuna la tencion que demande cada paciente,dando un trato cordial y humanizado	PROGRAMADO	Suministre informacion verbal especifica, de acuerdo a cada examen según protocolo, para una adecuada recolección de la muestra.	Se dio instrucciones a todos los pacientesde acerca de la correcta recolecciòn de las muestras de Laboratorio Clinico y las recepciones de acuerdo al cumplimiento de las condiciones adecuadas y de la solicitud de la orden medica.
6, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integraliadad	PROGRAMADO	Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a PAPS donde tomo muestras, y la bitacora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las PAPS: 30 Se entrega mensualmente
7, Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarles al superior del contrato para la certificacion de cumplimientp	PROGRAMADO	Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a las UPAS donde tomo muestras, y la bitacora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las UPAS:92, Y 30 Se entrega mensualmente
8, Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	PROGRAMADO	Leer manual de bioseguridad,y procedimientos relacionados con el manejo de residuos hospitalarios para aplicarlo en mi actividad diaria.	Realicè todas las actividades diarias aplicando las normas de bioseguridad para el manejo adecuado de residuos que se generan el laboratorio clinico.
9, participar enlas jornadas de capacitacion , inducion, reuniones y evento a los cuales sea convocado	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
10, Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio,	PROGRAMADO	Aviso oportuno de la anomalia que se presente en la prestación del servicio al referente del area correspondiente	Reporto siempre cualquier situaciòn de anormalidad con mi Jefe inmediato para una mejor prestación del servicio.
11, Conocer y dar cumplimento a los procedimiento establecidos por la subred. Ademas de apoyar la implementacion de los mismo	PROGRAMADO	controlo mi trabajo, y efectuo los correctivos para el adecuado cumplimiento de mis resultados asumiendo mis responsabilidades , buscando el bien de todas las partes interesadas.	no tengo quejas presentadas por mis superiores en cuanto ala ejecucion de este contrato

12 , Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimentos interinstitucionales y extra institucionales.	**PROGRAMADO**	**se porta carnet de identificacion durante la jornada de trabajo**	**Porte el carnet y cumpli con lo estipulado en el contrato**
13, Registrar las actvidades relaizadas relacionadas con la prestacion del servicio , de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	**PROGRAMADO**	**Cuido y limpio los equipos y elementos que me son asignados para mi desempeño laboral.**	**Mantengo en optimas condiciones los elementos para el uso diario de las PAPS 30 (centrifuga, baño serològico y nevera) y a su vez diligencio el registro de dichas limpiezas.**
14, Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud , pension y riesgo profecionales mensualmente	**PROGRAMADO**	**Se presenta informe de cumplimieto de actividades copia de recibo de salud y pension**	**Entrega de cuenta de cobro, aporte de salud pension y ARL.**
15, Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	**PROGRAMADO**	Compromiso con la prestacion de servcios individuales cumpliendo con las politicas institucionales para dar resultados de laboratorio confiables y oportunos	**Realizo las actividades que se me asigno el jefe inmediato según el contrato**
TOTAL A PAGAR (Número y letras) : $ 1,795,086 UN MILLON SETECIENTOS NOVENTA Y CINCO MIL OCHENTA Y SEIS PESOS			
LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		ROSSY LEONOR GONZALEZ Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor	

Página 2 de 2

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ
CC.52937220 de Bogotá

La suma de $1,795,086 (un millón setecientos noventa y cinco mil ochenta y seis pesos.) por concepto de 186 horas asistenciales como Auxiliar en el laboratorio clínico de Trinidad galán durante el periodo de 01 de Agosto al 31 de Agosto del 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2746-2021

Mallerly Amaya

LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ

cc.52937220 Bogotá

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA
NUMERO468270018277g

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-08-10, 04:45:04 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1038870950

Periodo Cotización: julio de 2021 **Periodo Servicio:** julio de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8802611960

PAGADO 10/08/2021

ATOS DEL APORTANTE

ón Social	LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ		
umento	CC52937220	Dirección	DG 45 SUR 23 40 BLOQUE 13 APT 325
de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3115958299
Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
dad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
resentante Legal		Identificación	
l Afiliados	1	ARP	ARL SURA

ETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
icación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
7220	LADY MALLERLY AMAYA GUTIERREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(230201) PROTECCION (ING + PROTECCION)	$ 908.526	$ 145.400	(MIN002) ADRES (MIN002) antes FOSYGA	$ 908.526	$ 113.600	2,436	$ 908.526	$ 22.200	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.2

II.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 908.526	$ 908.526	$ 908.526	$ 0	$ 145.400	$ 113.600	$ 22.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 281.200	$ 0	$ 281.200

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!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPL