



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.
SECRETARÍA DE SALUD

14225

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1,094,266,142					
CORREO ELECTRONICO:		tarazonstatiz@hotmail.com				CELULAR:		3118724028				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:		FONTIBON										
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		CAMI II				SEDE:		Fontibon				
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	B01	12.5	B02	12.5	B03	12.5	D02	12.5	I02	12.5	I03	12.5
	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	I05	12.5	J05	12.5								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		67018520963				PENSIONADO		No				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3365-2018		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	11660	FECHA	02/02/2018		
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como CAMILLERO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUB RED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E., de acuerdo a las necesidades de la Institución							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO
			1	2	2018		28	2	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		HORA 6730							
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		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:	\$4,729,050
VALOR EJECUTADO	\$1,763,260
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,763,260
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$2,965,790
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	37%

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 \$1.844,293, 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
8476221843	781,242	97,655	124,999	3	19,031	241,685

Dado en Bogotá a los (XX) días del mes de FEBRERO del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

CLAUDIA XIMENA BENAVIDES RODRIGUEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 2
Fecha de aprobación: 03/04/2017
Código: 04-01-FO-0003



Ubicación del Servicio:	CAMI II	Sede:	FONTIBON
No. DE CONTRATO:	3365-2018	Periodo certificado:	Día Mes Año 1 2 18 a 28 2 18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN	C. C.	1,094,266,142 DE BOGOTÁ

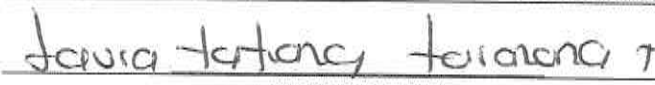
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como CAMILLERA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI NO Servicios: SI X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Verifica y asegura identificación redunte con concordancia a ordenes medicas del pacientes y/o mostrar a trasladar	SI	Verifico la identificación redundante en ovalo, manilla y acrílico.	
Traslada y moviliza los pacientes del area asignada para realizacion de exámenes y procedimientos requeridos.	SI	Realizo traslado y moviliza los pacientes del area asignada para realizacion de exámenes y procedimientos requeridos.	
Transporta muestras de laboratorio para su procesamiento teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.	SI	Realizo el trsporte muestras de laboratorio para su procesamiento teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.	
Asegura la disponibilidad de las camilas y sillas de ruedas asignada a cada servicio, verificando su adecuado estado y garantizando su limpieza y desinfeccion de acuerdo al protocolo establecido.	SI	Verifico la disponibilidad de las camilas y sillas de ruedas asignada a cada servicio, verificando su adecuado estado y garantizando su limpieza y desinfeccion de acuerdo al protocolo establecido.	
recibir y entregar turno verificando el inventario a su cargo, informar las novedades de los pacientes asignados al servicio con el fin de dar continuidad a procesos y procedimientos.	SI	recibo y entrego turno verificando el inventario a su cargo, informar las novedades de los pacientes asignados al servicio con el fin de dar continuidad a procesos y procedimientos.	
Solicitar al jefe o auxiliar de enfermeria del servicio los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a las ordenes medicas y avisar inmediatamente cualquier eventualidad que se presente con los pacientes durante su traslado.	SI	Solicito al jefe o auxiliar de enfermeria del servicio los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a las ordenes medicas y avisar inmediatamente cualquier eventualidad que se presente con los pacientes durante su traslado.	
Verifica la limpieza y desinfeccion de los elementos de trabajo a su cargo.	SI	Verifico la limpieza y desinfeccion de los elementos de trabajo a su cargo.	
Adherirse a las guias de manejo institucional.	SI	Tengo en cuenta las guias de manejo institucional	
Participar activamente del proceso de acreditacion del hospital.	SI	Participo activamente en las retroalimentaciones en el proceso de acreditacion del hospital.	
Mantener, desarrollar e implementar la vision y la vision del Hospital e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.	SI	Promociono la vision y la mision del Hospital y portafolio de servicios.	
Realizar la notificacion de los eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el traslado del paciente y/o muestra.	SI	Notifico los eventos adversos presentados en el traslado del paciente y/o muestra.	
Cumplir con las competencias requeridas para el desarrollo de la cultura organizacional y del objeto contractual de tal manera que favorezca al proceso de acreditacion al interior de la institucion.	SI	Realizo las competencias requeridas para el proceso de acreditacion al interior de la institucion.	
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad, oportunidad o de otra indole que tenga responsabilidad el contratista.	SI	Asumire el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en	
Las demas definidas por su jefe inmediato de forma verbal que contribuyan al cumplimiento del objetivo del cargo	SI	Mantendre la disposicion para ejecutar las actividades asignadas por el supervisor del contrato o jefe inmediato.	
	SI		
	SI		
	SI		
	SI		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.822.125 un millón ochocientos veinti dos mil ciento veinti cinco pesos m/cte


 LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN
 C.C. 1094266142

Fecha: 18/02/2018
 Supervisor: 

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1094266142		TABAZONA FLOQUEN LAURA TATIANA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 41 sur # 86 G - 05	BOGOTA-BOGOTA D. E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2018-02	2018-02	1000001181	8476221843	I	2018/07/09	2018/02/15 BANCO BOGOTA	\$258,900'

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

ENCUENTRO DETALLADO DE APORTES																											
EMPLEADO						PENSION				SALUD						CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias			
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																											
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																											
1	CC 1094266142	TABAZONA LAURA	230001	30	\$781,242	\$125,000	EP5008	30	\$781,242	\$97,700	CCF24	30	\$781,242	\$15,700	14-28	30	\$781,242	\$15,700	14-28	30	\$781,242	\$19,100	14-28	30			
Total Afiliados(1)					\$781,242	\$125,000			\$781,242	\$97,700			\$781,242	\$15,700			\$781,242	\$15,700			\$781,242	\$19,100					

PAGADO