15965

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:	LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1,094,266,142						
CORREO ELECTRONICO:	tarazonatatiz@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		
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	3365-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO	2						
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 gestion 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 Institucion**											

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	3	2018		31	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$8,475							
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:	$4,729,050
VALOR EJECUTADO	$3,538,834
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,775,574
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,190,216
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del **minimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$1.953.105**, 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
8476618572	$781.242	$97.655	$124.999	3	$19.031	**$241.685**

Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de MARZO 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 FUQUENE
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	CAMI II		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO:	3365-2018	Periodo certificado	Dia	Mes	Año	a	Dia	Mes	Año
			1	3	18		31	3	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN		C. C.		1,094,266,142		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 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 identificacion redunte con concordancia a ordenes medicas del pacientes y/o muestrar a trasladar	SI	Verifico la identificacion redundante en ovalo, manilla y acrilico.	
Traslada y moviliza los pacientes del area asignada para realizacion de examenes y procedimientos requerdos.	SI	Realizo traslada y moviliza los pacientes del area asignada para realizacion de examenes y procedimientos requerdos.	
Trasporta 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 servcio, 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 servcio, 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 lso pacientes aasignados al servcio 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 servcio 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 inmediantamente cualquier eventualidad que se presente con los pacientes durnte 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 inmediantamente cualquier eventualidad que se presente con los	
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 retoalimentaciones 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 servcios.	SI	Promociono la vision y la mision del Hospital y portafolio de servcios.	
Realizar la notificacion de los eventos de interes en salud publica, asi como los eventos adversos presentados en el traslado del paciente y/o muestar.	SI	Notifico los eventos adversos presentados en el traslado del paciente y/o muestar.	
Cumplir con las competencias requeridas para le 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): **$1.775.574 UN MILLON SETESCIENTOS SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE**

Laura tatiana tarazona F

LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN

C.C. 1094266142

Fecha: MARZO

supervisor: Claudia Bravidas

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-03	2018-03	92145541	8476618572	I	2018/03/09	2018/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	3	$258,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$300	$0	$125,300
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$300	$0	$125,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$100	$0	$19,200
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$100	$0	$19,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,700	$100	$0	$15,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$15,700	$100	$0	$15,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$300	$0	$98,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$97,700	$300	$0	$98,000
TOTAL				1	$257,500	$800	$0	$258,300

PAGADO

aportes en línea

Resumen General de Pago

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

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-03	2018-03	92145541	8476618572	I	2018/03/09	2018/03/12	BANCO DE OCCIDENTE	3	$258,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0
1	CC 1094266142	TARAZONA LAURA	230201	30	$781,242	$125,000	EPS008	30	$781,242	$97,700	CCF24	30	$781,242	$15,700	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$781,242	$0
Total	**Afiliados(1)**				$781,242	$125,000			$781,242	$97,700			$781,242	$15,700			$781,242	$19,100		$781,242	$0

PAGADO