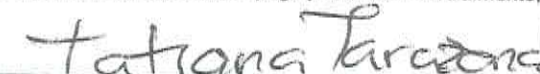


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		1,094,266,142					
CORREO ELECTRONICO:		tarazonatatlz@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		3				
NÚMERO DE CDP		33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP		11860	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		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO	
				1	4	2018			30	4	2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$6,777										
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:						\$5,491,800						
VALOR EJECUTADO						\$5,300,394						
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$1,762,020						
VALOR A LIBERAR						\$0						
SALDO POR EJECUTAR						\$191,406						
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						97%						
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 \$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						
8477777700	\$781.242	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685						
Dado en Bogotá a los (xx) días del mes de ABRIL 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						

Ubicación del Servicio:		CAMI II		Sede: FONTIBON								
No. DE CONTRATO:		3365-2018		Periodo certificado	Die	Mes	Año	a	Die	Mes	Año	
				1	4	18			30	4	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 ☒ NO ☐												
OBLIGACIONES CONTRACTUALES				PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS			
Verifica y asegura identificación redunte con concordancia a órdenes 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 realización de exámenes y procedimientos requeridos.				SI	Realizo traslado y moviliza los pacientes del area asignada para realización de exámenes y procedimientos requeridos.							
Transporta muestras de laboratorio para su procesamiento teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.				SI	Realizo el transporte muestras de laboratorio para su procesamiento teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad.							
Asegura la disponibilidad de las camillas y sillas de ruedas asignada a cada servicio, verificando su adecuado estado y garantizando su limpieza y desinfección de acuerdo al protocolo establecido.				SI	Verifico la disponibilidad de las camillas y sillas de ruedas asignada a cada servicio, verificando su adecuado estado y garantizando su limpieza y desinfección 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 enfermería del servicio los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a las órdenes medicas y avisar inmediatamente cualquier eventualidad que se presente con los pacientes durante su traslado.				SI	Solicito al jefe o auxiliar de enfermería del servicio los signos vitales de los pacientes asignados de acuerdo a las órdenes medicas y avisar inmediatamente cualquier eventualidad que se presente con los pacientes durante su traslado.							
Verifica la limpieza y desinfección de los elementos de trabajo a su cargo.				SI	Verifico la limpieza y desinfección de los elementos de trabajo a su cargo.							
Adherirse a las guías de manejo institucional.				SI	Tengo en cuenta las guías de manejo institucional							
Participar activamente del proceso de acreditación del hospital.				SI	Participo activamente en las retroalimentaciones en el proceso de acreditación del hospital.							
Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión del Hospital e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios.				SI	Promociono la visión y la misión del Hospital y portafolio de servicios.							
Realizar la notificación de los eventos de interés en salud pública, así 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 acreditación al interior de la institución.				SI	Realizo las competencias requeridas para el proceso de acreditación al interior de la institución.							
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad, oportunidad o de otra índole que tenga responsabilidad el contratista.				SI	Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y acciones de calidad, oportunidad o de otra índole que tenga responsabilidad el contratista.							
Las demás definidas por su jefe inmediato de forma verbal que contribuyan al cumplimiento del objetivo del cargo				SI	Mantendré la disposición para ejecutar las actividades asignadas por el supervisor del contrato o jefe inmediato.							
				SI								
				SI								
				SI								
				SI								
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1.762.020 UN MILLON SETESCIENTOS SESENTA Y DOS MIL VEINTE PESOS M/CTE												
Laura Tatiana Tarazona LAURA TATIANA TARAZONA FUQUEN C.C. 1094266142						Fecha: ABRIL Supervisor: <i>Blas Rivas</i>						
Nota: El informe para su aprobación estará sujeta a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad/Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
123456789	9	COMERCIAL S.A.	COMERCIO	BOGOTÁ	CALLE 123 No. 45	BOGOTÁ, D.C.	555 1234	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN

Período		Cuota	Tipo	Fecha		Pago	
Inicio	Fin	Pago	Plazilla	Límite	Pago	Banco	Valor
01/01/2018	31/12/2018	400.000.000	400.000.000	400.000.000	400.000.000		400.000.000

RESUMEN DE PAGO

AFILIADOS REGISTRADOS: 11									
PROTECCIÓN									
AFILIADOS REGISTRADOS: 11									
AFILIADOS REGISTRADOS: 11									
COMPLETOS									
AFILIADOS REGISTRADOS: 11									
COMPLETOS									

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Seguros Principal	Dirección	Código-Departamento	Teléfono	Exonerado SEMA e ICBF
44-39444-92		ASOCIACION DE DESARROLLO SOCIAL	OTROS	28-12-2014	2-100-4-107-4-86-6-107	2203-4-5-5231-2-1	5533355	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo	Clave	Planilla	Pago	Limite	Fecha	Pago	Valor	
01/01/2015	60127777				01/01/2015			

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
Nº	Identificación	Apellidos	Código Días	ISG	Acumulado	Código Días	ISG	Acumulado	Código Días	ISG	Acumulado	Código Días	ISG	Acumulado	Código Días	ISG	Acumulado	Código Días	ISG	Acumulado	Código Días	ISG	Acumulado
Centro de Trabajo PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
1	ROSARIO ROSARIO	ROSARIO ROSARIO			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242
Total Afiliados(1)																							
					\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242			\$781.242