

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR
TESORERÍA

Versión: 2
Fecha de aprobación: 31/03/2017
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				YULI ANDREA MONROY CLAVIJO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.			53.116.811			
CORREO ELECTRONICO:				yamonroy@fucsasud.edu.co				CELULAR:			3113595789		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								KENNEDY					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PATOLOGIA				SEDE:			KE10		
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		L01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:			AHORROS		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				7002069762						PENSIONADO NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				2395 -2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 DE 9		
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA							
OBJETO DEL CONTRATO:				TECNICO EN PATOLOGIA									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						1	10	2018			31	10	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1.873.392									
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%									
OBSERVACIONES:													
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO													
CONCEPTO								VALORES					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$16.860.704					
VALOR EJECUTADO								\$16.860.704					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.873.392					
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 <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							
29839387	\$781.242,00	\$97.655	\$124.999	3	\$19.031	\$241.685							
Dado en Bogotá a los ____ días del mes de Octubre del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
LUDDY MARTIN BACCI				YULI ANDREA MONROY CLAVIJO									
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:				NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA									

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:		PATOLOGIA		Sede: KENNEDY								
No. DE CONTRATO:		2395 - 2018		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
						1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		YULI ANDREA MONROY CLAVIJO		C. C.		53.116.811			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 TECNICO EN PATOLOGIA 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			
<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: Especificas: (conforme a las contenidas al requerimiento) Generales: además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones: 1. Cumplir con las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno código o directriz interna de la E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato si a ello hubiera lugar. 3. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes. Al Sistema General de Seguridad Social Integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales y establecidos y de los 15 primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, sistema único de acreditación, responsabilidad social, seguridad de la información y control interno, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional dentro del desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación de los componentes del Sistema único de habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, Sistema único de Acreditación y Sistema de Información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los ejes del Sistema único de acreditación: Gestión del riesgo, humanización de la atención, transformación cultural, gestión clínica excelente y segura, gestión de la tecnología, atención centrada en el usuario y responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales, protocolos éticos, planes, programas, procesos y procedimientos definidos en el marco de la operación la subred suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar en las acciones preventivas y o correctivas, y o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al</p>		100		<ul style="list-style-type: none"> • Procesamiento diario (inclusión, corte, montaje, coloración, etc.) de preparaciones histológicas de rutina. • Procesamiento y montaje de líquidos para estudio citológico. <ul style="list-style-type: none"> • Realización de coloraciones especiales requeridas. • Control diario de calidad de coloraciones. • Apoyar el proceso de descripción macroscópica diario. • Responder por el archivo de las preparaciones histopatológica y bloques de parafina. • Radicación diaria de muestras con verificación de facturación de las muestras y cargo al sistema órdenes de servicios <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de bloques y láminas requeridas. • Control de reactivos e insumos del laboratorio de histotecnica <ul style="list-style-type: none"> • Semaforización y control en el almacén de reactivos. • Brindar una atención adecuada, oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general y suministrar información de acuerdo a sus requerimientos. 					<ul style="list-style-type: none"> • inclusión, corte, montaje, coloración histológica de rutina. • Procesamiento de líquidos corporales para estudio <ul style="list-style-type: none"> • Realización de coloraciones especiales según requerimiento. • Control de calidad de la coloración. • Apoyo en la descripción macroscópica. • archivo de laminas histopatológica y bloques de parafina. • Radicación diaria de muestras con verificación de facturación de las muestras y cargo al sistema órdenes de servicios <ul style="list-style-type: none"> • Entrega de bloques y láminas requeridas. • atención adecuada, oportuna, eficiente, eficaz, amable y de máxima calidad al usuario y al público en general y suministrar información de acuerdo a sus requerimientos. 			
OBSERVACIONES:												
TOTAL A PAGAR (Número y letras): UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRECIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS (1.873.392)												
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA YULI ANDREA MONROY CLAVIJO C.C. 53.116.811						 Fecha: -- / / 2018 Firma de recibido supervisor: _____ LUDDY MARTIN BACCHI						
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.												

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53116811	Yuli Andrea Monroy Clavijo		Cra 13c # 165-86 casa 22	6491535	yamcd5@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.	
						NO

DATOS DE LA PLANILLA				
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	2016 09/04	CANTIDAD
			NÚMERO PLANILLA	EMPL/PAOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES		1	0
2018-09	2018-09	1	298393387	TOTAL A PAGAR
				\$241.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	97.700	0		0		0	0	0	0	97.700	1

TOTALES PENSIÓN[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-9	19,100				19,100	0	0	19,100			191	19,100	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mens Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de ICE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	97.700	97.700
Pensión	1	125.000	125.000
Riesgos Laborales	1	19.100	19.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	241.800	241.800

Feb Mar 2004

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

felt



Pagos PSE Colpatría

La operación arrojó como resultado:
La operación finalizó exitosamente.

Cliente : 000053116811
Empresa : COMPENSAR-OI
Factura No. : 29839387
Descripción : MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor Pagado : \$241,800.00
Código Unico de Seguimiento : 365923727
Referencia 1: 186.31.173.104
Referencia 2: CC
Referencia 3: 53116811
No. Autorización Pago : 10904311
Fecha de Pago : 20180903 19:50:48

ACEPTAR

IMPRIMIR

Para mayor información sobre sus transacciones comuníquese con Multilínea Colpatría: Bogotá 7561616
Cali 4891616 Ibagué 2771616 Medellín 6041616 Neiva 8631616 Pereira 3401616 Bucaramanga 6971616
Barranquilla 3851616 Cartagena 6931616 y para el resto del país 018000 522222.

Sub