DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

BRAYAN ARLEY ESPEJO ALVAREZ

C.C 1026298453 DE BOGOTA

La suma de $ 3231074 por concepto de: prestación de servicios como Bacterióloga de Laboratorio clínico de USS TINTAL durante el periodo del 01 al 31 de mayo de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 6279-2022



BRAYAN ARLEY ESPEJO ALVAREZ

C.C 1026298453 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS COLPATRIA

NUMERO 4662040767

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026298453		ESPEJO ALVAREZ BRAYAN ARLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll62A #97B - 30 Suur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7742548	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	1451159878	9434110598	I	2022/05/12	2022/05/10	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$309,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400
1	CC	1026298453 ESPEJO BRAYAN																		23030 1	30	$1,000,000	$160,000	EPS017	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,000,000	2.436%	$24,400	0	$0	$0	No	$309,400
Total		**Afiliados(1)**																				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000		$24,400		$0	$0		$309,400

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026298453		ESPEJO ALVAREZ BRAYAN ARLEY	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll62A #97B - 30 Suur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7742548	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-04	2022-04	1451159878	9434110598	I	2022/05/12	2022/05/10	SCOTIABANK COLPATRIA	0	$309,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,400	$0	$0	$24,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,400	$0	$0	$24,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				1	$309,400	$0	$0	$309,400

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018
	Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Brayan arley espejo alvarez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1026298453	
CORREO ELECTRONICO:	brayan0425.16@gmail.com				CELULAR:	3016279310	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10L07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO COLPATRIA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4662040767				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6279			VIGENCIA		2022	
NÚMERO DE CDP	143	FECHA	2023-01-17 16:18:14.000	NÚMERO DE CRP	5701	FECHA	2023-01-17 20:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	BACTERIOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2022-05-01		2022-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,231,074				
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 0%		N/A			

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:	$7,713,594
VALOR EJECUTADO	$7,713,594
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,231,074
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 $2.194,507 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
9434110598 Y 9434110598	$1,361,222	$170,153	$217,796	3	$33,159	$421,108

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
52832990
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Actualizar documentación del proceso con las áreas donde se utiliza la tecnología POUT.		
2. Verificar y asegurar los controles de calidad necesarios para utilizar la tecnología .		
3 Realizar seguimiento al desempeño del control de calidad de las diferentes pruebas		
4. Identificar no conformidades en las pruebas POCT que no cumplan con los requisitos de calidad establecidos y realizar los reportes correspondientes		
5. Verificar recepción técnica, almacenamiento, uso, y descarte de los reactivos utilizados en el programa		
6. Documentar las no conformidades y las acciones tomadas para eliminarlas o corregirlas.		
7. Implementar acciones preventivas con el fin de anticiparse a potenciales problemas derivados del uso de las pruebas POCT.		
8. Implementar acciones correctivas correspondientes con el objetivo de eliminar las no conformidades recurrentes utilizando come insumo las diferentes fuentes para captar las no conformidades.		
9. Capacitar y verificar las competencias del personal que utiliza la tecnología POCT.		
10. Realizar seguimiento periódico y sistemático a la adherencia de los procedimientos y protocolos establecidos.		
11. Gestionar los programas de entrenamiento y re entrenamiento de los usuarios.		
12. Informar al líder del laboratorio novedades con respecto al funcionamiento de la tecnología para que se realicen los requerimientos respectivos al proveedor.		
13. Aplicar listas de verificación programa.		
14. Capacitar a los colaboradores en el sistema de información para reporte de las pruebas POCT		
.15. Realizar rondas de seguimiento al uso adecuado de los diferentes reactivos de diagnóstico del programa		
.16. Realizar informes de adherencia al cumplimiento del programa de		
17.,Reportar sucesos de seguridad relacionados con el uso de la tecnología		
18. Promover el uso racional de los recursos asignados al área.		
19. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregadas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.		
20. Participar en las jomadas de actualización, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.		
21. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.		
22 Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.		

Copia Certificada
Subred Suroccidente

ROSSI LEONOR GONZÁLEZ GONZÁLEZ
52832990
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021