| 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 | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | MARTHA PEÑALOZA BALLESTEROS | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 45479481 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | marpenalozab@gmail.com | | | | CELULAR: | 3164098815 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | LABORATORIO Y ANALISIS CLINICO 17 TRINIDAD GALAN | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | SU41L07 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 40200027134 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 5266 | | | VIGENCIA | | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 395 | FECHA | 2023-02-01 12:46:14.000 | NÚMERO DE CRP | 14143 | FECHA | 2023-02-15 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE LABORATORIO | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2023-03-01 | | 2023-03-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,061,438 | | | | | |
| 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: | $44,293,806 |
| VALOR EJECUTADO | $26,238,372 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,061,438 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $18,055,434 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 59% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1052667428 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2023. 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) Apoyar la toma de muestras, procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados | 1. Realizo toma de muestras al 100%de los usuarios en las diferentes Upas asignadas según cronograma programado. | 1. Realice toma de muestra de laboratorio al 100% de los pacientes que lo solicitaron en atención de consulta externa de PAPS Catalina CAPS Patio Bonito y CAPS trinidad Galán (Fines de semana) según orden médica y el manual de toma de muestras del Laboratorio Clínico. |
| 2) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio. | 2. Recolecté las muestras previamente marcadas y ordenadas por el personal médico, hice el montaje correspondiente según protocolo manual de procedimientos. | 2. Distribuí y organicé en bandejas y gradillas las diferentes muestras que traigo tomadas de las PAPS Catalina para la lectura por parte del personal profesional. realizo montaje microscopia (orinas y coprológicos) |
| 3) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible | 3. No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación | 3. No se generaron productos |
| 4) Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios o en los diferentes servicios de la Subred. | 4. Entrego resultados según horario establecido por la institución | 4. Entregué a todos los Usuarios que se acercaron a reclamar resultados de acuerdo con la factura, y verificando los datos demográficos, se descargaron en el sistema según el procedimiento de resultado de la institución. |
| 5) Brindar en forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado | 5. Suministre información verbal específica, de acuerdo a cada examen según protocolo, para una adecuada recolección de la muestra. | 5. Se dio instrucciones a todos los pacientes de acerca de la correcta recolección de las muestras de Laboratorio Clínico y las recepciones de acuerdo al cumplimiento de las condiciones adecuadas y de la solicitud de la orden médica. |
| 6) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | 6. Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico. | 6. Diligencio diariamente los formatos que corresponden a PAPS donde tomo muestras, y la bitácora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las PAPS catalina Se entrega mensualmente |
| 7) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | 7. Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico. | 7. Diligencio diariamente los formatos que corresponden a las UPAS donde tomo muestras |
| 8) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | 8. Leer manual de bioseguridad, y procedimientos relacionados con el manejo de residuos hospitalarios para aplicarlo en mi actividad diaria. | 8. Realicé todas las actividades diarias aplicando las normas de bioseguridad para el manejo adecuado de residuos que se generan el laboratorio clínico. |
| 9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | 9. Curso virtual de seguridad del paciente | 9. Se realizó curso por intranet |
| 10) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | 10. Aviso oportuno de la anomalía que se presente en la prestación del servicio al referente del área correspondiente | 10. Reporto siempre cualquier situación de anormalidad con mi Jefe inmediato para una mejor prestación del servicio. |
| 11) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos | 11. controlo mi trabajo, y efectuó los correctivos para el adecuado cumplimiento de mis resultados asumiendo mis responsabilidades, buscando el bien de todas las partes interesadas. | 11. no tengo quejas presentadas por mis superiores en cuanto a la ejecución de este contrato |
| 12) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | 12. se porta carnet de identificación durante la jornada de trabajo | 12. Porté el carnet y cumplí con lo estipulado en el contrato |
| 13) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | 13. Cuido y limpio los equipos y elementos que me son asignados para mi desempeño laboral. | 13. Mantengo en óptimas condiciones los elementos para el uso diario de las PAPS 30 (centrifuga, baño serológico y nevera) y a su vez diligencio el registro de dichas limpiezas. |
| 14) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | 14. Se presenta informe de cumplimiento de actividades copia de recibo de salud y pensión | 14. Entrega de cuenta de cobro, aporte de salud pensión y ARL. |
| 15) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | 15. Compromiso con la prestación de servicios individuales cumpliendo con las políticas institucionales para dar resultados de laboratorio confiables y oportunos | 15. Realizo las actividades que se me asigno el jefe inmediato según el contrato |

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

Copia Certificada
Subred Suroccidente

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2023-03-13, 04:18:47 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1052667428

**Periodo Cotización:** febrero de 2023 **Periodo Servicio:** febrero de 2023 **Referencia pago (PIN):** 8838198350

## PAGADO 11/03/2023 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | MARTHA PENALOZA BALLESTEROS | | |
| **Documento** | CC45479481 | **Dirección** | CL 46 #46 B - 36 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3164098815 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 45479481 | MARTHA PEÑALOZA BALLESTEROS | 59 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (230201) PROTECCION | $ 1.160.000 | $ 185.600 | (EPS002) SALUD TOTAL EPS | $ 1.160.000 | $ 145.000 | 2,436 | $ 1.160.000 | $ 28.300 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 1.160.000 | $ 0 | $ 185.600 | $ 145.000 | $ 28.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 358.900 | $ 0 | $ 358.900 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

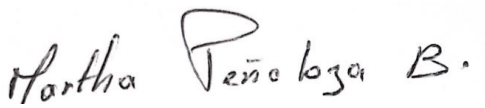
DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARTHA PEÑALOZA BALLESTEROS
CC. 45479481

La suma de La suma de $ **2,061,438 Dos millones sesenta y un mil cuatrocientos treinta y ocho** por concepto de 186 horas asistenciales como auxiliar en el laboratorio clínico de Trinidad galán durante el periodo de **01 AL 31 DE MARZO DEL 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5266-2022



MARTHA PEÑALOZA BALLESTEROS

CC. 45479481

CUENTA DE AHORRO BANCOLOMBIA
NUMERO 40200027134