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:	JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	37321152	
CORREO ELECTRONICO:	bacteriologa8a@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
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:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870411321				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	2228			VIGENCIA	2022		
NÚMERO DE CDP	143	FECHA	2023-01-17 16:18:14.000	NÚMERO DE CRP	6067	FECHA	2023-01-17 20:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	BACTERIOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-01-01		2023-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,403,056				
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:	$40,836,672
VALOR EJECUTADO	$40,251,200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,403,056
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$585,472
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
64392365	$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 Enero 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 realización de las actividades y procedimientos diagnósticos ordenados por el profesional tratante.	1. Diligenciamiento completo los registros de atención con las actividades realizadas en el punto de atención y entrega oportuna para alimentar los sistemas de información instituciones.	1. Se lleva registro de entrega de turno, control de calidad interno, mantenimiento de equipos, control temperaturas, TSH neonatal.
2. Apoyar la realización oportuna de exámenes básicos y especializados.	2. Participación activa y proactiva en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continúo de entidad.	2. Asistencia a la UAT, reporte de eventos adversos en Almera, aplicación de correctos en uso de reactivos y en la identificaron del paciente.
3. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio.	3. Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y realizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la Acreditación del Hospital.	3. Adherencia a los principios y valores y código de ética de la institución.
4. Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	4. Implementar en el servicio actividades que conlleven a la mejora continua contenida en los planes de mejoramiento de acreditación y de seguridad de pacientes.	4. Supervisión de órdenes médicas, y marcación correcta de muestras.
5. Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios en los diferentes servicios de la Subred.	5. Realizar sus actividades con pro actividad y participación activa en los programas desarrollados por el Hospital.	5. Realización de controles de equipos y analizadores para realización de pruebas analíticas.
6. Participar en la programación de actividades de su servicio.	6. Brindar atenciones oportunas con calidad y calidez, adherencia a manuales y protocolos del laboratorio aplicado a los pacientes hospitalizados, de Urgencias y de Consulta.	6. Adherencia a manuales y protocolos.
7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	7. Realizar análisis en las aéreas que integran el laboratorio clínico e informar los resultados, así mismo revisar y firmar reportes científico analíticos del mismo.	7. Oportunidad en la entrega de resultados correlación de los mismos.
8. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	8. Apoyar la realización de actividades incluidas dentro de los Convenios Docente-Asistenciales y de investigación que se programen tanto en el servicio como en la institución.	8. Adherencia a manuales y protocolos.
9. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	9. Realizar sus actividades con pro actividad y participación activa en los programas desarrollados por el hospital.	9. Apoyar la realización de actividades.
10. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	10. Realizar sus actividades con pro actividad y participación activa en los programas desarrollados por el hospital.	10. Apoyar la realización de actividades.
11. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	11. velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos de diagnostico y de los insumos para la realización de exámenes.	11. utilizar los elementos entregados con la responsabilidad y auto cuidado que amerita dentro de la institución.
12. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	12. Se asistió y aprobó 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.	12. se realiza todas las actividades programadas por la subred para mejora en la prestación de servicio.
13. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	13. Participación activa y proactiva en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Acreditación, que apuntan al mejoramiento continúo de la entidad.	13. Apoyar la realización de actividades.
14. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	14. Se prepararon y presentaron los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	14. Se entregaron los informes requeridos para la sección y los resultados de laboratorio.

Copia Controlada Subred Sur Occidente

15. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	15. Diligenciamiento completo los registros de atención con las actividades realizadas en el punto de atención y entrega oportuna para alimentar los sistemas de información instituciones.	15. Se lleva registro de entrega de turno, control de calidad interno, mantenimiento de equipos, control temperaturas, TSH neonatal.
16. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	16. NO APLICA.	16. NO APLICA.
17. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	17. Se pagaron los aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes.	17. Se entrega Certificación de pago de aportes al SGSSS del presente mes.
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	18. Se desarrollaron las demás actividades relacionadas con el objeto contractual	18. Se cumplió con todas las actividades establecidas en el contrato actual.

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	37321152	Janny Esther Ochoa Aguilar	AV CRA 14 # 9-48 TORRE 2 APART 1018	3214969066	bacteriologa8a@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	05/01/2023	64392365	$464.100	

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					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	187.500	0		0		0	0	0	0	187.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	240.000	0	0	0	0	0	0		240.000	1

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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	36.600				36.600	0	0	36.600			366	36.600	1

TOTALES CAJAS

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

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

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	187.500	187.500
Pensión	1	240.000	240.000
Riesgos Laborales	1	36.600	36.600
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	464.100	464.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	37321152	Janny Esther Ochoa Aguilar	AV CRA 14 # 9-48 TORRE 2 APART 1018	3214969066	bacteriologa8a@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 (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	05/01/2023	64392365	$464.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	37321152	OCHOA AGUILAR JANNY ESTHER	59	0			N																	25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS037	1.500.000	187.500	14-11	1.500.000	3	36.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR
CC. 37.321.152 BOGOTA

La suma de $ **3.403.056 TRES MILLONES CUATROCIENTOS TRES MIL CINCUENTA Y SEIS** por concepto de 186 horas asistenciales como Bacterióloga en el laboratorio clínico de Trinidad galán durante el periodo de **01 AL 31 DE ENERO DEL 2023** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 2228-2022.



JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR

CC 37.321.152 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 4870411321