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:	LADY VIVIANA MURCIA DELGADO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52876544	
CORREO ELECTRONICO:	viviyuli_@hotmail.com				CELULAR:	3203913059	
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	550488435938300				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4557			VIGENCIA	2023		
NÚMERO DE CDP	2243	FECHA	2023-09-28 15:52:43.000	NÚMERO DE CRP	47826	FECHA	2023-09-29 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE LABORATORIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2023-05-01		2023-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,629,201				
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:	$3,867,967
VALOR EJECUTADO	$2,976,493
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,629,201
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$891,474
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	77%

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
67681858	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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
Apoyar la toma de muestras, procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados.	Realizo toma de muestras al 100%de los usuarios en las diferentes Upas asignadas según cronograma programado.	Se realiza toma de muestra de laboratorio al 100% de los los pacientes solicitados en atención de consulta externa de CAPS Catalina CAPS Patio Bonito y CAPS trinidad Galan (Fines de semana) según orden medica y el manual de toma de muestras del Laboratorio Clìnico.
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio.	Recolecte las muestras previamente marcadas y ordenadas por el personal médico,hice el montaje correspondiente según protocolo manual de procedimientos.	Se realiza distribución y organización bandejas y gradillas las diferentes muestras que traigo tomadas de las CAPS Catalina para la lectura por parte del personal profesional .realizo montaje microscopia (orinas y coprologicos)
Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios o en los diferentes servicios de la Subred.	Entrego resultados según horario establecido por la institución	Entrego a todos los Usuarios que se acercaron a reclamar resultados de acuerdo con la factura, y verificando los datos demogràficos, se descargaron en el sistema según el procedimiento de resultado de la institucion.
Brindar en forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado.	Suministre informacion verbal especifica, de acuerdo a cada examen según protocolo, para una adecuada recolección de la muestra.	Se brindan instrucciones a todos los pacientesde acerca de la correcta recolecciòn de las muestras de Laboratorio Clìnico y las recepciones de acuerdo al cumplimiento de las condiciones adecuadas y de la solicitud de la orden medica.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a PAPS donde tomo muestras, y la bitacora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las PAPS catalina Se entrega mensualmente
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad según requerimientos de la Subred.	Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a las UPAS donde tomo muestras
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Leer manual de bioseguridad,y procedimientos relacionados con el manejo de residuos hospitalarios para aplicarlo en mi actividad diaria.	Realizo todas las actividades diarias aplicando las normas de bioseguridad para el manejo adecuado de residuos que se generan el laboratorio clinico.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Curso virtual de segurida del paciente	Se realizo curso por intranet
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Aviso oportuno de la anomalia que se presente en la prestación del servicio al referente del area correspondiente	Reporto siempre cualquier situaciòn de anormalidad con mi Jefe inmediato para una mejor prestación del servicio.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	controlo mi trabajo, y efectuo los correctivos para el adecuado cumplimiento de mis resultados asumiendo mis responsabilidades , buscando el bien de todas las partes interesadas.	no tengo quejas presentadas por mis superiores en cuanto ala ejecucion de este contrato
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	se porta carnet de identificacion durante la jornada de trabajo	Porte el carnet y cumpli con lo estipulado en el contrato
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Cuido y limpio los equipos y elementos que me son asignados para mi desempeño laboral.	Mantengo en optimas condiciones los elementos para el uso diario de las PAPS 30 (centrifuga, baño serològico y nevera) y a su vez diligencio el registro de dichas limpiezas.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Se presenta informe de cumplimieto de activiades copia de recibo de salud y pension	Entrega de cuenta de cobro, aporte de salud pension y ARL.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Compromiso con la prestacion de servcios individuales cumpliendo con las politicas institucionales para dar resultados de laboratorio confiables y oportunos	Realizo las actividades que se me asigno el jefe inmediato según el contrato
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
LADY VIVIANA MURCIA
DELGADO CC: 52876544

La suma de (Un millón seiscientos veintinueve mil doscientos un mil pesos) $1'629.201, por concepto de 147 horas asistenciales como Auxiliar en el laboratorio clínico de Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de Mayo del 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4557-2023.



LADY VIVIANA MURCIA
DELGADO CC: 52876544
CUENTA DE AHORROS DAMAS
No 0550488435938300

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	52876544	LADY VIVIANA MURCIA DELGADO	Carrera 87 B # 42-14 Sur	4565882	viviyuli_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-04	2023-04	I	10/05/2023	67681858	$227.400	

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	91.900	0		0		0	0	0	0	91.900	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	117.600	0	0	0	0	0	0		117.600	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	17.900				17.900	0	0	17.900			179	17.900	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	91.900	91.900
Pensión	1	117.600	117.600
Riesgos Laborales	1	17.900	17.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	227.400	227.400

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	52876544	LADY VIVIANA MURCIA DELGADO	Carrera 87 B # 42-14 Sur	4565882	viviyuli_@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-04	2023-04	I	10/05/2023	67681858	$227.400	

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	Estornado	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	52876544	MURCIA DELGADO LADY VIVIANA	57	0			N	X																230201	734.667	117.600	0	0	0	0	EPS008	734.667	91.900	14-4	734.667	3	17.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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