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:	diego alexanderherreracruz							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1057581575		
CORREO ELECTRONICO:	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es				CELULAR:	3125210416		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D LABORATORIO Y ANÁLISIS CLÍNICO USS HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37L07	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24097328001					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4046			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	339	FECHA	2024-01-24 15:34:13.000	NÚMERO DE CRP	16580	FECHA	2024-02-02 13:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE LABORATORIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL 2024-02-01	HASTA	FECHA FINAL 2024-02-29		
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:	$6,184,314
VALOR EJECUTADO	$2,061,438
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,061,438
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,122,876
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	33%

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
74257555	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los veintinueve(29) días del mes de Febrero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
51955048
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.	realice toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes que lo solicitaron en atencion de urgencias CAPS Pablo vi según orden medica y el manual de toma de muestras del laboratorio clinico.
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio.	Recolecte las muestras previamente marcadas y ordenadas por el personal medico, hice el montaje correspondiente según protocolo manual de procedimientos.	Distribui y organice en bandejas y gradillas las diferentes muestras que traigo tomadas del CAPS pablovi para la lectura por parte del personal profesional, realice 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 establrcido por la institucion.	entregue a todos los usuarios que se acercaron a reclamar resultados de acuerdo con la factura y verificando los datos demograficos, se descargaron en el sistema según el procedimiento de resultados 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 recoleccion de la muestra.	se dio instrucciones a todos los pacientes acerca de la correcta recoleccion de las muestras de laboratorio clinico 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 informacion solicitada en los formatos que se manejen en el laboratorio clinico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a las paps donde tomo muestras, y la bitacora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las paps:porvenir se entrega mensual.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Cumplo registrando oportunamente la informacion solicitada en los formatos que se manejen en el laboratorio clinico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a las paps donde tomo muestras, y la bitacora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las paps:porvenir se entrega mensual.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Leer manual de bioseguridad, y procedimientos relacionados con el manejo de residuos hospitalarios para aplicarlo en mi actividad diaria.	Realice todas las actividades diarias aplicando las normas de bioseguridad para el manejo adecuado de residuos que se generan en el laboratorio clinico.
) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	no se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion.	no se generaron productos.
Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Aviso oportuno de la anomalia que se presente en la prestacion del servicio al referente del area correspondiente.	Reporto siempre cualquier situacion de anormalidad con mi jefe inmediato para una mejor prestacion del servicio.
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. 1	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 a la ejecucion de este contrato.
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	se porta carnet de identificacion durante la jornada de trabajo.	porte el carnet y cumpli con lo estipulado en el contrato.
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	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 CAPS pablo vi (centrifuga, baño serologico, y nevera) y a su vez diligencio el registro de dichas limpiezas.
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	se presenta informa de cumplimiento de actividades copia de recibo de salud y pension.	entrega de cuenta de cobro, aporte de salud, pension y arl.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	compromiso con la prestacion de servicio individuales cumpliendo con las politicas institucionales para dar resultados de laboratorio confiables y oportunos.	Realizo las actividades que me asigno el jefe inmediato según contrato.

Copia Certificada Subred Suroccidente

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
51955048
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

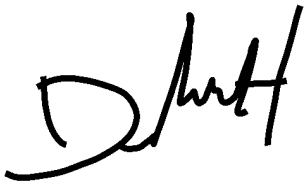
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ

C.C 1057581575 DE SOGAMOSO (BOYACA)

La suma de Dos millones cero sesenta y un mil cuatrocientos trenta ocho pesos mcte ($2.061.438), por concepto de servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como auxiliar en el área de Laboratorio dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del 01 al 31 de MARZO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4046-2024



DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ

C.C 1057581575 DE SOGAMOSO (BOYACA)

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24097328001

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	1057581575	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ	CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA PORVENIR	3125210416	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es	
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	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75042761	$428.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.000	0	0	26.000	1

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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	428.200	428.200

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	1057581575	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ	CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA PORVENIR	3125210416	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es	
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	
2024-02	2024-02	I	11/03/2024	75042761	$428.200	

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	1057581575	HERRERA CRUZ DIEGO ALEXANDER	59	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	3	31.700	CCF24	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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