

 <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>					Versión	3		 <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div>	
					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 ANALISIS CLINICO BOSA			SEDE:		SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	B035L07	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		HASTA	FECHA FINAL		
				2024-03-01			2024-03-31		
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:						\$6,184,314			
VALOR EJECUTADO						\$4,122,876			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,061,438			
VALOR A LIBERAR						\$0			
SALDO POR EJECUTAR						\$2,061,438			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						67%			
El intervisor 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		
75042761	\$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 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									

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 atención 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 anomalidad 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.

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 un millón novecientos noventa y cuatro mil nueve cuarenta pesos mcte (\$1.994.940), 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 30 de ABRIL 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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057581575	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ		CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA BOGOTÁ	3125210416	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-03	2024-03	I	15/04/2024	75803503	TOTAL A PAGAR \$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
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	26.000	0
						0	
						0	
						26.000	

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1057581575	DIEGO ALEXANDER HERRERA CRUZ		CARRERA 90A #46 - 51SUR BOSA BOGOTÁ	3125210416	diegoalexanderherreracruz@hotmail.es
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-03	2024-03	I	15/04/2024	75803503	10
					TOTAL A PAGAR
					\$428.200

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	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