| 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 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 | 1742 | FECHA | 2024-07-22 14:00:55.000 | NÚMERO DE CRP | 47220 | FECHA | 2024-07-31 16:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE LABORATORIO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2024-07-01 | | 2024-07-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,050,355 | | | | |
| 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: | $12,368,628 |
| VALOR EJECUTADO | $12,158,087 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,050,355 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $210,541 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 98% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 78206592 | $908,526 | $113,566 | $145,364 | 3 | $22,132 | $281,062 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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 milolones cesenta y un mil cuatrocientos trenta y 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 30 de agosto 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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 13/08/2024 | 78984112 | $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 | 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 | |
| 2024-07 | 2024-07 | I | 13/08/2024 | 78984112 | $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