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:	ISABEL ACOSTA CUBILLOS						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52161493	
CORREO ELECTRONICO:	isabelacostacubillos@gmail.com				CELULAR:	3114743506	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D LABORATORIO Y ANÁLISIS CLÍNICO USS FONTIBÓN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO03L07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488401095168				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	5934			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	57021	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE LABORATORIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-08-01		2024-08-31		
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:	$2,766,317
VALOR EJECUTADO	$2,766,317
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,061,438
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9470127424	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 muestra , procesamiento oportuno de examenes basico y especializados	Realizo toma de muestras al 100%de los usuarios en las diferentes Upas asignadas según cronograma programado.	Realice toma de muestra de laboratorio al 100% de los los pacientes que lo solicitaron en atencion de consulta externa USS Villa Javier según orden medica y el manual de toma de muestras del Laboratorio Clìnico
Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de la boratorio	Recolecte las muestras previamente marcadas y ordenadas por el personal médico, hice el montaje correspondiente según protocolo manual de procedimientos.	Realizo montaje microscopia (orinas y coprológicos)
Diligenciar documentos para facturacion . Estadistica. Libros de registro , en forma legible	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	No se generaron productos
Entregar el reporte de los resultados de laboratorio a los usarios o en los diferentes servicios de la subred	Entrego resultados según horario establecido por la institución	Entregué a todos los Usuarios que se acercaron a reclamar resultados de acuerdo con la factura, y verificando los datos demográficos, se descargaron en el sistema según el procedimiento de resultado de la institución
Brindar en forma oportuna la tencion 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 dio instrucciones a todos los pacientes de acerca de la correcta recolección de las muestras de Laboratorio Clínico y las recepciones de acuerdo al cumplimiento de las condiciones adecuadas y de la solicitud de la orden médica.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integraliadad	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 bitácora de seguimiento al riesgo y las no atenciones, se entrega mensualmente
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarles al superior del contrato para la certificacion de cumplimientp	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
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminacion del contrato	Leer manual de bioseguridad,y procedimientos relacionados con el manejo de residuos hospitalarios para aplicarlo en mi actividad diaria.	Realicè todas las actividades diarias aplicando las normas de bioseguridad para el manejo adecuado de residuos que se generan el laboratorio clinico
participar enlas jornadas de capacitacion , inducion, reuniones y evento a los cuales sea convocado	Curso virtual de segurida del paciente	Se realizo curso por intranet
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 prestación del servicio al referente del area correspondiente	Reporto siempre cualquier situación de anormalidad con mi Jefe inmediato para una mejor prestación del servicio
Conocer y dar cumplimento a los procedimiento establecidos por la subred. Ademas de apoyar la implementacion de los mismo	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 ejecución de este contrato
Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimentos interinstitucionales y extra institucionales.	se porta carnet de identificacion durante la jornada de trabajo	Porte el carnet y cumplí con lo estipulado en el contrato
Registrar las actvidades relaizadas relacionadas con la prestacion del servicio , de acuerdo con el sistema de informacion de la subred	Cuido y limpio los equipos y elementos que me son asignados para mi desempeño laboral.	Mantengo en óptimas 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.
Entregar la constancia de afiliacion y el pago al sistema de seguridad social en salud , pension y riesgo profecionales mensualmente	Se presenta informe de cumplimieto de activiades copia de recibo de salud y pension	Entrega de cuenta de cobro, aporte de salud pensión y ARL.
Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	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
El contratista , cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud,debe garantizar la atencion medica y apoyo a la misma al ser consecuencia logica de la mision medica	compromiso con la ptestacion de servicios individuales cumpliendo con la politica institucionaes para dar resultados de laboratorio confiables y oportunos.	realizo las actividades que me asigno el jefe inmediato segun el 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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52161493		ACOSTA CUBILLOS ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10F N 19-25 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2096299	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	9470127424	9470127424	I	2024/08/23	2024/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	$174,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$563,334	$90,200			$563,334	$70,500			$0	$0			$563,334	$13,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$563,334	$90,200			$563,334	$70,500			$0	$0			$563,334	$13,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$563,334	$90,200			$563,334	$70,500			$0	$0			$563,334	$13,800		$0	$0
1	CC 52161493	ACOSTA ISABEL	25-14	13	$563,334	$90,200	EPS008	13	$563,334	$70,500		0	$0	$0	14-11	13	$563,334	$13,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$563,334	$90,200			$563,334	$70,500			$0	$0			$563,334	$13,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52161493		ACOSTA CUBILLOS ISABEL	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 10F N 19-25 ESTE	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2096299	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-07	2024-07	9470127424	9470127424	I	2024/08/23	2024/08/12	BANCO DE BOGOTA	0	$174,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$90,200	$0	$0	$90,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$90,200	$0	$0	$90,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,800	$0	$0	$13,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$13,800	$0	$0	$13,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$70,500	$0	$0	$70,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$70,500	$0	$0	$70,500
TOTAL				1	$174,500	$0	$0	$174,500

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048.4

DEBE A:

ISABEL ACOSTA CUBILLOS

CC 52161493 DE BOGOTA

La suma de $ 2.061.438 (Dos millones sesenta y unos mil cuatrocientos treinta y ocho pesos PESOS M/CTE) por concepto de Prestación de Servicios como AUXILIAR DE LABORATORIO en la unidad HOSPITAL DE FONTIBON durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5934-2024

ISABEL ACOSTA CUBILLOS

ISABEL ACOSTA CUBILLOS

CC 52161493 DE BOGOTA

BANCO DAVIVIENDA

NUMERO488401095168