CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA

Versión	3
Fecha de actualización	19/07/2018
Código	FA-FR-010

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAYERLIN PEREZ BELTRAN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1.067.950.170						
CORREO ELECTRONICO:	[illegible]				CELULAR:	3114778244						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD						SUBRED SURoccidente E.S.E.						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	TRINIDAD GALAN				SEDE:	PAZ						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA27-002	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	AZVILLAS				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA:	57578387						PENSIONADO					

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

NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1480-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO:		12 DE 12	
NÚMERO DE CDP:	28	FECHA:	10/01/2018	NUMERO DE CRP:	8699	FECHA:	18/01/2018
NUMERO DE CDP:		FECHA:		NÚMERO DE CRP:		FECHA:	
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial 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.						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	1	2018		31	1	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.570.350							
TIPO DE SERVICIOS:	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%:						

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, ahorros tributarios) es de anotar que para los ahorros tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$18.918.200
VALOR EJECUTADO:	$18.918.200
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA:	$1.570.350
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 $1.953.194, 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
84856520993	$781.242.00	597.700	$125.000	3	519.100	**$241.800**

Dado en Bogotá a los treinta (31) días del mes de enero del año Dos Mil Diez y nueve (2019). La anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

LIDA VALDES

Mayerlin Perez B

MAYERLIN PEREZ BELTRAN

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 1 Fecha de actualización: 03/08/2017 Código: GA-FO-010	

Nombre del Servidor:	LCDA. TRINIDAD GALAN			Sede: SUR							
		Periodo certificado desde el		Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
No. DE CONTRATO:	SO-1462-2018			1	1	2018		31	1	2018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ANYELIN PEREZ BELTRAN			C. C.		1.012.331.178	DE	BOGOTA			

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de laboratorio clínico de los diferentes procesos y procedimientos de la RUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productivo: SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la toma de muestras procesamiento, control de calidad y entrega de resultados.	PROGRAMADO	realice toma de muestras al 100% de los usuarios en las diferentes sedes asignadas según cronograma programado	realice toma de muestras de laboratorio al 100% de los pacientes que lo soliciten en atención de consulta externa, PAPS, periodo y urgencias (CAPS Patio Bonito y CAPS Ciudad Jardín) según orden medica y el manual de normas de muestras de laboratorio clínico.
2. Registrar en diferentes reportes de forma precisa los servicios de laboratorio.	PROGRAMADO	Recolección de muestras primariamente tomadas y/o remitidas por el personal medico, hasta el momento correspondiente según protocolo manual de procedimientos.	Control y registro de muestras y pruebas las diferentes sedes que tengo asignadas de CAPS, previo para la lectura por parte del personal profesional, realice reporte manual (físico) y computarizado.
3. Diligenciar correctamente para facturación, estadísticas, libros de registro en forma legible.	NO PROGRAMADO	no se realizo con actividades relacionadas con esta obligación.	no se generaron productos.
4. Entregar el reporte de los resultados de laboratorio a los usuarios con los diferentes servicios de la subred.	PROGRAMADO	Entrego resultados según horario establecido por la institución.	entregue a todos los usuarios que se atendieron se reflejan resultados de acuerdo con la fecha y verificando los datos demográficos, se descargaron en el sigame según el procedimiento de [illegible]
5. Brindar en forma oportuna la atención que demanda cada usuario, dando un trato cordial y humanizado.	PROGRAMADO	Suministre información verbal respectiva, de acuerdo a cada examen según protocolo, para una adecuada recolección de la muestra.	se da manualmente a todos los pacientes antes de la correcta recolección de las muestras de laboratorio clínico y se recepcionan de acuerdo al cumplimiento de las condiciones adecuadas y de la solicitud.
6. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legalidad, oportunidad e integridad.	PROGRAMADO	Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico.	Diligencio correctamente los formatos que corresponden a las [illegible] donde tomo muestras, y la [illegible] de seguimiento al riesgo y las no [illegible] de las [illegible] entrega mensual.
7. Elaborar informe mensual sobre desarrollo y avance de sus actividades y entregarlo al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	PROGRAMADO	Cumplo registrando oportunamente la información solicitada en los formatos que se manejan en el laboratorio clínico.	Diligencio diariamente los formatos que corresponden a las [illegible] donde tomo muestras, y la [illegible] de seguimiento al riesgo y las no [illegible] de las [illegible] entrega mensual.
8. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	PROGRAMADO	Uso manual de bioseguridad, y procedimientos relacionados con el manejo de residuos hospitalarios para aplicarlos 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 clínico.
9. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reinducción y eventos a los cuales sea convocado.	NO PROGRAMADO	no se realizaron actividades relacionadas con esta obligación.	no se generaron productos.
10. Subsanar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el mismo.	PROGRAMADO	Aviso apertura de la anomalía que se presente en la prestación del servicio al referente del área correspondiente.	Reporte cuando ocurra alguna situación de anormalidad con mi jefe inmediato para una mejor prestación de servicio.
11. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	PROGRAMADO	Conozco los riesgos y efectuo las correctivos para el adecuado cumplimiento de mis resultados asumiendo mis responsabilidades buscando el bien de todas las partes involucradas.	no tengo quejas presentadas por mis superiores en cuanto a la ejecución de este contrato.

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 4 Fecha de actualización: 10/01/2019 Código: [illegible]	[illegible]

Liquidación del Contrato	CASO TERRITORIO SALUD		Fecha: D/M/A						
	SO-160-2018	Periodo certificado: desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO:			1	1	2018		31	1	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAYELA PEREZ BELTRAN		C.C.	1.012.331.170		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de odontología 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

Resultado del cumplimiento derivados de: Productos: SI ____ NO ____ Servicios: SI ____ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
13. Asistir a la capacitación que determine el supervisor del contrato.	PROGRAMADO	se para cumplir de las actividad durante la jornada de labores	parte de salud y cumplir con lo establecido en el contrato
14. Reportar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el objeto de obligaciones dentro del mismo.	PROGRAMADO	todo y acatar las asignar y asesorías que me son asignadas para mi desempeño laboral	diligencio en forma completa los diferentes para el uso diario de los CUPS, guiando, identifique, sigue asignado y llevado y a su vez cumpliendo el registro de datos requeridos.
15. Entregar la constancia de afiliación y el ORP al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos profesionales mensual.	PROGRAMADO	se anexara informe de cumplimiento de actividades medio de recibo de salud y pensión	entrega de cuenta de cobro, aporte de salud, pensión y ar
16. Realizar las demás actividades que sean asignadas acorde con el objeto de contrato.	PROGRAMADO	Entrego resultados según Formato establecido por la institución.	entregue e hizo los informes que se solicitaron, se recibieron resultados de examen con factura y verificando los datos descargados, se descargaron en el sistema según el procedimiento del resultado de la institución

Mayela Perez B 1012331170

Nombre completo y firma del contratista

Cargo: _____

Fecha correspondiente a radicación: _____

