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	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA PATRICIA CHAVERRA RODRIGUEZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	30051369						
	paty.2981chaverra@gmail.com				CELULAR:	3022706701						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON F003											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	LABORATORIO CLINICO				SEDE:	Fontibon						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	FO03L07	100										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	488405028793								PENSIONADO	No		

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	4156-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 DE 6	
NÚMERO DE CDP	861	FECHA	27/06/2019	NÚMERO DE CRP	31190	FECHA	30/06/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	**PRESTAR SERVICIOS COMO BACTERIOLOGO ,Dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBÒN, de acuerdo a las necesidades de la Institución.**						

		DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	1	7	2019	HASTA	31	7	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.075.510							
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, 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:	$17.689.143
VALOR EJECUTADO	$17.080.589
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.075.510
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$608.554
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 $2.070.290, 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
4279592781 - 7725970799	1.693.960	$211.800	$271.100	3	$41.300	**$524.200**

Dado en Bogotá a los (11) días del mes de JULIO del año Dos Mil Diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra L. Velásquez Arévalo
Bacteriologa
51.955.048

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

Liliana P. Chaverra R.

LILIANA PATRICIA CHAVERRA RODRIGUEZ
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2
		Fecha de aprobación	03/04/2017
		Código	04-02-FO-0003
ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.			

Ubicación del Servicio:	LABORATORIO CLINICO					**Sede:** FONTIBON				
No. DE CONTRATO:	4156-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**	
			1	7	19		31	7	19	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	LILIANA PATRICIA CHAVERRA RODRIGUEZ		**C. C.**	30.051.369			**DE**	CUCUTA		

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como BACTERIOLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ___ NO ___ **Servicios:** SI _X_ NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar turno según los procesos establecidos institucionalmente.	SI	Dilingenciar completamente los registros de atencion con las actividades realizadas en el punto de atencion y entregarlos oportunamente para alimentar los sistemas de informacion instituciones.	SE LLEVA REGISTRO DE ENTREGA DE TURNO , CONTROL DE CALIDAD INTERNO , MANTENIMIENTO DE EQUIPOS , CONTROL TEMPERATURAS ,TSH NEONATAL .
Establecer los procedimientos profesionales de rececpcion, toma de muestras, coloracion, montaje y lavado del material, registrar ordenes, procesamiento de muestras; preparacion de reactivos, medios de cultivo y soluciones; trascripcion de resultados.	SI	Participar activamente y proactivamente en todas las activamente programadas por la institucion en el proceso de Acreditacion, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad.	ASISTENCIA A LA UAT, REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ALMERA , APLICACION DE CORRECTOS EN USO DE REACTIVOS Y EN LA IDENTIFICION DEL PACIENTE
Realizar el trabajo dentro del grupo de laboratorio clinico mediante mecanismos de planeacion y control.	SI	Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizarlos en el diario quehacer de la entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanizacion en la prestacion del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la la Acreditacion del Hospital.	ADGERENCIA A LOS PRINCIPIOS Y VALORES Y CODIGO DE ETICA DE LA INSTITUCION
Realizar acciones que permitan regular la demanda de pruebas y examenes, racionalizar la oferta y mejorar la eficiencia, incluyendo la automatizacion y la delegacion de actividades, y el soporte de las glosas.	SI	Implementar en el servicio actividades que conlleven a la mejora continua contenida en los planes de mejoramiento de acreditacion y de seguridad de pacientes.	SUPERVISION DE ORDENES MEDICAS , Y MARCACION CORRECTA DE MUESTRAS
Efectuar control diario de equipos, calidad quimica, nevera y baño serologico.	SI	Realizar sus actividades con pro actividad y participacion activa en los programas desarrollados por el Hospital (ej salud ocupacional... etc)	PARTICIPACION DE PAUSAS ACTIVAS
Realizar pruebas de control de calidad de los analisis clinicos a fin de garantizar la veracidad en los resultados.	SI	Brindar atenciones oportunas con calidad y calidez, adherencia a manuales y protocolos del laboratorio aplicado a los pacientes hospitalizados, de Urgencias y de Consulta	ADHERENCIA A MANUALES Y PROTOCOLOS
Registrar los resultados de H.I.V y T.S.H. Neonatales en libro y relacionar acorde con los procesos establecidos.	SI	Realizar analisis en las areas que integran el laboratorio clinico e informar los resultados, asi mismo revisar y firmar reportes cientifico-analiticos del mismo.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS CORRELACION DE LOS MISMOS .
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales de esterilizacion y bioseguridad, y demas reglamentos de la institucion.	SI	Apoyar la realizacion de actividades incluidas dentro de los Convenios Docente-Asistenciales y de investigacion que se programen tanto en el servicio como en la institucion.	APOYO EN CAPACITACIONES DE TOMA DE MUESTRAS

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): **TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS. ($3.075.510 MCTE)**

Liliana P. Chaverra P.

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA 30.051.369

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Sandra L. Velásquez Arévalo
Bacterióloga
51.955.048

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30051369
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			LILIANA PATRICIA CHAVERRA RODRIGUEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	CUCUTA	DEPARTAMENTO:	NORTE DE SANTANDER
DIRECCIÓN:	CLL 8 AN #3E-132	TELÉFONO:	1111111
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Personas Naturales sin Actividad Económica
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4279592781**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES				
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	junio AÑO	2019	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	junio AÑO	2019
DIAS DE MORA:	0						
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/06/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9995008311				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 230.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 230.800	$ 0	$ 230.800
SUBTOTALES:										**$ 230.800**	**$ 0**	**$ 230.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-MEDIMÁS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 180.300	$ 0	$ 0	$ 180.300
SUBTOTALES:													**$ 180.300**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 180.300**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 35.200	$ 35.200	$ 0	$ 0	$ 35.200
SUBTOTALES:									**$ 35.200**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 35.200**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		SALUD				ARP					PARAFISCALES									
																											PENSIÓN																																									
																												FSP			APORTES VOLUNTARIOS																																								
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	CDM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 30051369	CHAVERRA RODRIGUEZ LILIANA PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE		$ 1.441.939			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 1.441.939	$ 230.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 230.800	EPS044-MEDIMÁS	30	$ 1.441.939	$ 180.300	$ 0	$ 180.300	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.441.939	$ 35.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 446.300**

Planilla Pagada