

 Ministerio 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 TESORERÍA										Versión: 3 Fecha de aprobación: 15/02/2018 Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIANA PATRICIA CHAVERRA RODRIGUEZ												TIPO DE DOCUMENTO: C.C. X C.E. NO. 30051369											
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:												LABORATORIO CLINICO											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:												SEDE: Fontibon											
CENTRO DE COSTOS:												LABORATORIO CLINICO											
ENTIDAD FINANCIERA:												DAVIENDA											
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:												488405028793											
PENSIONADO No												DAVIENDA											
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS												INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:												4156-2019											
NÚMERO DE CDP												NÚMERO DE CRP											
FECHA												FECHA											
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 FONTIBÓN, de acuerdo a las necesidades de la institución.											
PERIODO CERTIFICADO:												DESDE											
PERIODO CERTIFICADO:												DESDE											
VALOR HONORARIOS MENSUALES:												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:												VALOR EJECUTADO											
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA												VALOR A LIBERAR											
SALDO POR EJECUTAR												VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA											
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN												VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA											
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 COTIZACIÓN											
APORTE A SALUD												APORTE A SALUD											
PENSION 16%												PENSION 16%											
NIVEL												NIVEL											
APORTE												APORTE											
APORTE ARL												APORTE ARL											
TOTAL APORTES												TOTAL APORTES											
4313541337												1.230.204											
\$153.776												\$196.833											
3												\$30.000											
\$380.609												\$380.609											



		INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACION DE SERVICIOS		Fecha de aprobación: 30/04/2017 Código: 04-02-FO-0003	
---	--	--	--	--	---

Ubicación del Servicio: LABORATORIO CLINICO Sede: FONTIBON		No. de CONTRATO: 4156-2019 Periodo certificado desde el: 1 de 12 Mes Año 19		NOMBRE DEL CONTRATISTA: LILIANA PATRICIA CHAVERRA RODRIGUEZ C.C.: 30.051.369 DE: CUCUTA	
---	--	--	--	--	--

El resultado del cumplimiento del contrato es: ☒ SI ☐ NO ☐ X ☐ NO ☐ NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Recibir y entregar turno según los procesos establecidos institucionalmente.	SI	Elaboración de fichas de información para alimentar los sistemas de información institucionalmente.	SE LLEVA REGISTRO DE ENTREGA DE TURNO, CONTROL DE CALIDAD INTERNO, MANTENIMIENTO DE EQUIPOS, CONTROL TEMPERATURAS, TSH NEONATAL.
Establecer los procedimientos profesionales de recepción, toma de muestras, coloración, montaje y lavado del material, registrar ordenes, procesamiento de muestras, preparación de reactivos, medios de cultivo y soluciones, transcripción de resultados.	SI	Participar activamente y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de acreditación.	ASISTENCIA A LA UAT, REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ALMERA, APLICACIÓN DE CORRECTOS EN USO DE REACTIVOS EN LA IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Realizar el trabajo dentro del grupo de laboratorio clínico mediante mecanismos de planeación y control.	SI	Conocer e interiorar los principios y valores institucionales y operativizalos en el día a día quehacer de la entidad, haciendo énfasis en la atención al paciente, en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros de la entidad, con el fin de apoyar la Acreditación 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 exámenes, racionalizar la oferta y mejorar la eficiencia, incluyendo la automatización y la delegación 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 acreditación y de seguridad de pacientes.	SUPERVISION DE ORDENES MEDICAS, Y MARCACION CORRECTA DE MUESTRAS
Ejecutar control diario de equipos, calidad química, nevera y baño serológico.	SI	Realizar sus actividades con pro actividad y participación activa en los programas desarrollados por el Hospital (e) salud ocupacional... etc)	PARTICIPACION DE PAUSAS ACTIVAS
Realizar pruebas de control de calidad de los análisis clínicos 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 hospitalizados, de Urgencias y de Consulta los pacientes	ADHERENCIA A MANUALES Y PROTOCOLOS
Registrar los resultados de H1V y T.S.H. Neonatales en libro y relacionar acorde con los procesos establecidos.	SI	Realizar análisis en las áreas que integran el laboratorio clínico e informar los resultados, así mismo revisar y firmar reportes científico-analíticos del mismo.	OPORTUNIDAD EN LA ENTREGA DE RESULTADOS CORRELACION DE LOS MISMOS.
Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales de esterilización y bioseguridad, y demás reglamentos de la institución.	SI	Apoyar la realización de actividades incluidas dentro de los Convenios Docente-Asistenciales y de investigación que se programen tanto en el servicio como en la institución.	APOYO EN CAPACITACIONES DE TOMA DE MUESTRAS

OBSERVACIONES:		TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.075.510 TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS	
CONTRATISTA: Liliana Patricia Chaverra Rodriguez NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL: 30051369 Fecha: 30/04/2017 Firma: Liliana Patricia Chaverra Rodriguez		Supervisor: Lidia Y. Valdes O. Fecha: 30/04/2017 Firma: Lidia Y. Valdes O.	

[illegible]

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD			LICENCIA MATERINIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS044	EPS044-HEMIAS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 153.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 153.800	\$ 0	\$ 153.800
SUB-TOTALES:													\$ 153.800	\$ 0	\$ 153.800

10 AL ADELANTADO A RESERVA PROFESIONAL									
ADMINISTRADORA		INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES	
CÓDIGO	NOMBRE	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	AFORTES	DESCUENTO
4-11	4-11- ARL SURIA	1		\$ 0		\$ 0		\$ 30.000	\$ 0
								\$ 30.000	\$ 0
SUB-TOTALES:								\$ 30.000	\$ 0
									VALOR PAGADO
									\$ 30.000

[illegible]

TOTAL	\$ 380.600
-------	------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CECILLA DE CIUDADANO. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	
CIUDAD/MUNICIPIO:	CIUDAD DE DEPARTAMENTO
DIRECCIÓN:	CALLE N° 123 TELÉFONO
TIPO DE APT. PRESENTE:	02/DEPENDIENTE CLASE APORTANTE
TIPO EMPRESA:	UNO ACTIVIDAD ECONOMICA
FORMA DE PRESENTACIÓN:	UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO:	APORTES SALUD, SEIWA E CBF REFORMA TRIBUTARIA:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA	
NÚMERO PLANILLA:	4313541337 TIPO DE PLANILLA:
PERÍODO COTIZACIÓN:	2019 PERÍODO COTIZACIÓN:
DIAS DE MORA:	0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2019/12/09 NÚMERO AUTORIZACIÓN:

MES	noviembre	AÑO
INDEPENDIENTE		
995		

ADMINISTRADORA		TOTAL AJORES A SALUD										TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		DESCUENTO		VALOR PAGADO
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC		APORTES	MORA		
EPS044		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 153,808	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 153,808	\$ 0	\$ 153,808
SUBTOTALES:									\$ 153,808	\$ 0	\$ 0	\$ 153,808	\$ 0	\$ 0	\$ 153,808

TOTAL DEBITOS Y RECIBOS CONTABLES									
ADMINISTRADORA		NÚMERO AUTORIZACIÓN		VALOR		PAGO A OTROS RIESGOS		INCAPACIDAD IRP	
CÓDIGO	NOMBRE	Nº. COTIZANTES	VALOR	PLANILLA	VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	APORTES	MORA	TOTALES
14.11	ARL SURSA	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 30.000	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:									\$ 30.000

[illegible]

TOTAL	\$ 380.600
--------------	-------------------