

 Secretaría 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	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				PAOLA ANDREA NARANJO ROZO									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		1.032.471.278				
CORREO ELECTRONICO:				andreenarajo@hotmail.com				CELULAR:		3143777964			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:													
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				LABORATORIO CLINICO				SEDE:		Kennedy			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE11L07	50	KE107	50								
ENTIDAD FINANCIERA:				BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				69161371556				PENSIONADO		No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGEN:				7139 DE 2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		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		DIA	MES	AÑO	HASTA		DIA	MES	AÑO
						23	12	2019			31	1	2020
VALOR HONORARIOS MENSUALES:								\$3.794.809					
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. Se realizan 241 horas

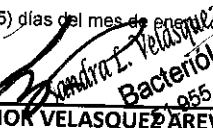
CONCEPTO		VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:		3.794.809
VALOR EJECUTADO		3.794.809
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA		3.794.809
VALOR A LIBERAR		\$0
SALDO POR EJECUTAR		\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN		100%

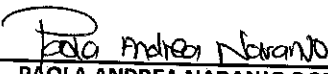
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$2.070.290, 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
7740865535	\$828.116,00	\$69.100	\$88.400	3	\$13.500	\$171.000

Dado en Bogotá a los (15) días del mes de enero del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


PAOLA ANDREA NARANJO ROZA
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión: 2
		Fecha de aprobación: 03/04/2017
		Código: 04-02-FO-0003

Ubicación del Servicio: LABORATORIO CLINICO		Sede: FONTIBON						
No. DE CONTRATO: 7139-2019	Periodo certificado desde el	Día 23	Mes 12	Año 19	a	Día 31	Mes 1	Año 20
NOMBRE DEL CONTRATISTA: PAOLA ANDREA NARANJO ROZO		C. C. 1.032.471.278	DE BOGOTA					
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 ☒ NO ☐								
OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS				PRODUCTOS ENTREGADOS		
Recibir y entregar turno según los procesos establecidos institucionalmente.	SI	Diligenciar completamente los registros de atención con las actividades realizadas en el punto de atención y entregarlos oportunamente para alimentar los sistemas de información institucional.				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, que apuntan al mejoramiento continuo de entidad.				ASISTENCIA A LA UAT, REPORTE DE EVENTOS ADVERSOS EN ALMERA, APLICACIÓN DE CORRECTOS EN USO DE REACTIVOS Y EN LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		
Realizar el trabajo dentro del grupo de laboratorio clínico mediante mecanismos de planeación 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 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		
Efectuar 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 (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, 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): \$ 3.794.809 TRES MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS NUEVE PESOS								
Paola Andrea Naranjo		Sandra L. Velásquez Arévalo Bacterióloga 51.955.048 SANDRA LEONOR VELÁZQUEZ AREVALO						
C.C. 1.032.471.278		Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:						

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 1032471278
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	PAOLA ANDREA NARANJO ROZO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 82H # 73F-60SUR	TELÉFONO: 4800931
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA: Investigaciones y desarrollo
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): NO		

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	7740865535	
PERIODO COTIZACIÓN:	MES: diciembre	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2019	PERIODO COTIZACIÓN: MES: diciembre
DÍAS DE MORA:	0	AÑO: 2019
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/01/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 546649303

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 88.400
SUBTOTAL:			1	\$ 88.400
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	\$ 69.100
SUBTOTAL:			1	\$ 69.100
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	\$ 13.500
SUBTOTAL:			1	\$ 13.500

TOTAL PAGADO:	\$ 171.000
----------------------	-------------------

Paola Naranjo