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	1520			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000	NÚMERO DE CRP	28184	FECHA	2025-06-24 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE LABORATORIO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,627,928				
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:	$14,442,078
VALOR EJECUTADO	$12,366,398
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,627,928
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,075,680
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	86%

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
9487011119	$1,092,665	$136,583	$174,826	3	$26,617	$338,027

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2025. 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
2, 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)
3, Diligenciar documentos para facturacion . Estadistica. Libros de registro , en forma legible	• No se realizaron actividades relacionadas con esta obligación	• No se generaron productos
4, 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.
5, 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.
6, 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
7, 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
8, 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
9, 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
10, 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
11, 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
12 , 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
13, 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.
14, 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.
15, 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

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

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 D.C

La suma de $ **2.627.928 G**pesos por concepto de 186 horas asistenciales como AUXILIAR DE LABORATORIO clínico en la unidad de HOSPITAL FONTIBON durante el periodo de 01 al 30 de JUNIO del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1520-2025

Isabel Acosta Cubillos

ISABEL ACOSTA CUBILLOS

CC. 52161493 de BOGOTA

CUENTA DE AHORRO

DAVIVIENDA NUMERO488401095168

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	ISABEL ACOSTA CUBILLOS.zip	ISABEL ACOSTA CUBILLOS.zip	Proveedor	Descargar	Detalle
	ilovepdf_merged.pdf (Archivado)	ilovepdf_merged.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	cuenta decobro.pdf	cuenta decobro.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA FEBRERO 2025.pdf	CUENTA FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MARZO 2025.pdf	CUENTA MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA ABRIL 2025.pdf	CUENTA ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	IAS 2025.pdf	IAS 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA MAYO 2025.pdf	CUENTA MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

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
2025-05	2025-05	87011119	9487011119	I	2025/06/24	2025/06/20	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 52161493	ACOSTA ISABEL	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$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
2025-05	2025-05	87011119	9487011119	I	2025/06/24	2025/06/20	BANCO AV VILLAS	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500