

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			tatiana maria sotelo martinez					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1016054513
CORREO ELECTRONICO:			titysotelo1@hotmail.com			CELULAR:		5551347
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			A D LABORATORIO Y ANÁLISIS CLÍNICO USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10L07	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO AV VILLAS S A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			87755661				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		1519			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1360	FECHA	2025-06-12 16:34:13.000	NÚMERO DE CRP	28301	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:				\$2,143,836				
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:						\$12,863,016		
VALOR EJECUTADO						\$10,719,180		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$2,143,836		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$2,143,836		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						83%		
El intervisor 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		
8386452837	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1) Apoyar la toma de muestras, procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados.	• tomar muestras, centrifugar pasar a las áreas de servicio para el procesamiento oportuno de exámenes básicos y especializados.	• resultados oportunos de exámenes
2) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio	• anotar los registros de reportes en los libros propios del servicio de laboratorio	• correcto diligenciamiento de registros
3) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	• Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	• Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible
4) Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios o en los diferentes servicios de la Subred	• Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios o en los diferentes servicios de la Subred	atención al usuario
5) Brindar en forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado	• ofrecer al usuario en forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado	• ofrecer al usuario en forma oportuna la atención que demande cada paciente, dando un trato cordial y humanizado
6) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	hacer en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	• Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.
7) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	• hacer el correspondiente informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento	certificación de cumplimiento
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	• hacerse responsable por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	• Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas
9) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• atender las a jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	• mejoramiento de procesos productivos
10) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	• avisar fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	• se hacen planes de mejora para implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.
11) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	saber sobre los procedimientos establecidos por la Subred	• apoyar la implementación de los procedimientos establecidos por la Subred
12) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	• participación en otros lugares diferentes a mi sitio de trabajo si es necesario	• saber sobre los procedimientos establecidos por la Subred
13) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	• llenar registro de actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	correcto diligenciamiento de formatos
14) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	• llenar registro de actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	• entrega oportuna de mi cuenta de cobro
15) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	• participar en las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	• disponibilidad de servicio

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBEA:

TATIANA MARIA SOTELOMARTINEZ
C.C. 1.016.054.513 DEMONTERIA

La suma de 2.143.836 (DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y TRES MIL OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS)
pesos, por concepto de: 186 horas asistenciales como auxiliar de laboratorio clínico de USS Kennedy durante el periodo de 01 al 31 de JULIO del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1519-2025



TATIANA MARIA SOTELOMARTINEZ
C.C. 1.016.054.513 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS AVVILLAS
NUMERO 087755661

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): TATIANA MARIA SOTELO MARTINEZ
No. Identificación: CC1016054513
Dirección: CLL 83 SUR # 91 48
Telefono: 3138421163
Correo: titysotelo1@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8387095916

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	TATIANA MARIA SOTELO MARTINEZ
Tipo y número de identificación	CC1016054513
Número de planilla	8387095916
Fecha pago	2025-07-21
Número de autorización pago	18328279
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	445500
Total Intereses de Mora	5000

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	35100	1
231001	Colfondos	230400	1
EPS008	Compensar EPS	180000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1016054513
APELLIDOS Y NOMBRES: TATIANA MARIA SOTELO MARTINEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	231001	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0