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:	MAYERLIN PEREZ BELTRAN											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1012331170						
CORREO ELECTRONICO:	mayerlinpb@hotmail.com				CELULAR:	3114755444						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	**SUBRED SUROCCIDENTE E.S.E.**											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PABLO VI				SEDE:	PA27						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	PA27L07	43%	PA34L07	2,15%	PA16L07	6,45%	SU41L07	48,38				
ENTIDAD FINANCIERA:	AVVILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	675760297								PENSIONADO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	**1990-2020**			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			**4 DE 6**				
NÚMERO DE CDP	**574**	FECHA	**20/04/2020**	**NÚMERO DE CRP**		**22871**	**FECHA**	**30/04/2020**			
OBJETO DEL CONTRATO:	**prestar servicios de apoyo a la gestion administrativa y/o asistencial en el area de laboratorio,dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**										
PERIODO CERTIFICADO:	**DESDE**	DIA	MES	AÑO	**HASTA**	DIA	MES	AÑO			
		1	5	2020		31	5	2020			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.585.250										
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:	$10.406.700
VALOR EJECUTADO	$6.788.600
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.585.250
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,468,900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$2.194.508** 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
9405216825	$877,803	$109,800	$140.500	3	$21,400	**$271,700**

Dado en Bogotá a los(31) días del mes de MAYO del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

Sandra L. Velásquez Arévalo
Bacterióloga
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:
1.955.048

Mayerlin Perez B.
MAYERLIN PEREZ BELTRAN
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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

Ubicación del Servicio:	*caps trinidad galan laboratorio*		Sede: SUR						
No. DE CONTRATO:	1990-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	5	2.020		31	5	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MAYERLIN PEREZ BELTRAN		C. C.	1.012.331.170		DE	BOGOTA		

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Laboratorio dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Apoyar la toma de muestra , procesamiento oportuno de examenes basico y especializados	PROGRAMADO	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 de cabañas CAPS porvenir y CAPS pablo vi (Fines de semana) según orden medica y el manual de toma de muestras del Laboratorio Clinico.
2, Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de la boratorio	PROGRAMADO	Recolecte las muestras previamente marcadas y ordenadas por el personal médico,hice el montaje correspondiente según protocolo manual de procedimientos.	Distribui y organicè en bandejas y gradillas las diferentes muestras que traigo tomadas de las PAPS porvenir o PAPS pablo vi para la lectura por parte del personal profesional .realizo montaje microscopia (orinas y coprologicos)
3, Diligenciar documentos para facturacion . Estadistica. Libros de registro , en forma legible	No Programado	No se realizaron actividades relacionadas con esta obligacion	No se generaron productos
4, Entregar el reporte de los resultados de laboratorio a los usarios o en los diferentes servicios de la subred	PROGRAMADO	Entrego resultados según horario establecido por la Institución	Entreguè a todos los Usuarios que se acercaron a reclamar resultados de acuerdo con la factura, y verificando los datos demograficos, se descargaron en el sistema según el procedimiento de resultado de la institucion
5, Brindar en forma oportuna la tencion que demande cada paciente,dando un trato cordial y humanizado	PROGRAMADO	Suministre Informacion verbal especifica, de acuerdo a cada examen según protocolo, para una adecuada recolección de la muestra.	Se dio instrucciones a todos los pacientesde acerca de la correcta recolecciòn de las muestras de Laboratorio Clinico y las recepciones de acuerdo al cumplimiento de las condiciones adecuadas y de la solicitud de la orden medica.
6, Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integraliadad	PROGRAMADO	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 bitacora de seguimiento al riesgo y las no atenciones de las PAPS catalina 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	PROGRAMADO	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	PROGRAMADO	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 , induccion, reuniones y evento a los cuales sea convocado	PROGRAMADO	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,	PROGRAMADO	Aviso oportuno de la anomalia que se presente en la prestación del servicio al referente del area correspondiente	Reporto siempre cualquier situaciòn 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	PROGRAMADO	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 ala ejecucion de este contrato

12 , Apoyar a la subred en las actividades que demande según requerimentos interinstitucionales y extra institucionales.	**PROGRAMADO**	**se porta carnet de identificacion durante la jornada de trabajo**	**Porte el carnet y cumpli 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	**PROGRAMADO**	**Cuido y limpio los equipos y elementos que me son asignados para mi desempeño laboral.**	**Mantengo en optimas 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	**PROGRAMADO**	**Se presenta Informe de cumplimieto de actividades copia de recibo de salud y pension**	**Entrega de cuenta de cobro, aporte de salud pension y ARL.**
15, Realizar las demas actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	**PROGRAMADO**	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**
16,El contratista , cuando exista una necesidad fundamental en el marco de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud,debe garantizar la atencion medica y apoyo a la misma al ser consecuencia logica de la mision medica	**No Programado**	disponibilidad a cualquier eventualidad que surja como imprevisto en el area de la Salud .	**No se generaron productos**
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1,585,250 un millon quinientos ochenta y cinco mil doscientos cincuenta pesos			
Mayerlin Perez B. 1012331170 NOMBRE COMPLETO,CÈDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:		Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Sandra L. Velásquez Arévalo Bacteriòloga 51.959.048	

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 1012331170		PEREZ BELTRAN MAYERLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82A NO 64-04 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3055278	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	19492313	9405216825	I	2020/05/19	2020/04/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

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)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0
1	CC	1012331170	PEREZ MAYERLIN	230301	30	$877,803	$140,500	EPS017	30	$877,803	$109,800		0	$0	$0	14-11	30	$877,803	$21,400	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$877,803	$140,500			$877,803	$109,800			$0	$0			$877,803	$21,400		$0	$0

2020/04/30 09:35 AM

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 1012331170		PEREZ BELTRAN MAYERLIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 82A NO 64-04 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3055278	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-04	2020-04	19492313	9405216825	I	2020/05/19	2020/04/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$271,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,500	$0	$0	$140,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$140,500	$0	$0	$140,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$21,400	$0	$0	$21,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$21,400	$0	$0	$21,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$109,800	$0	$0	$109,800
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$109,800	$0	$0	$109,800
TOTAL				1	$271,700	$0	$0	$271,700