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	04-01-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA						GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO							
TIPO DE DOCUMENTO			CC	x	CE		NO		53167025				
CORREO ELECTRONICO			ginna_paola@hotmail.com				CELULAR		3114864028				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD							KE10						
UBICACIÓN DEL SERVICIO			Area de Quirofanos y Esterilizacion				SEDE		Kennedy				
CENTRO DE COSTOS	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	KE10C01	100											
ENTIDAD FINANCIERA			Davivienda				TIPO DE CUENTA		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			000500088505						PENSIONADO		No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA			1679 – 2021			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3	
NUMERO DE CDP	201	FECHA	10/02/2021	NUMERO DE CRP	17099	FECHA	23/02/2021			
OBJETO DEL CONTRATO			INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA							
PERIODO CERTIFICADO		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
			1	4	2021		30	4	2021	
VALOR HONORARIOS MENSUALES			$3.304.104							
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial		RESERVA DE GLOSA 2%							

OBSERVACIONES: Se realiza cuenta de cobro por 186 horas laboradas en Abril

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$9.912.312
VALOR EJECUTADO	$9.687.912
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.304.104
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$224.400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2.271.315**, 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
49428903	$1.319.396	$165.000	$211.200	3	$32.200	$408.400

Dado en bogota a los ( ) días del mes de Abril de dos mil veintiuno (2021). Lo anterior para que se surta el pago pertinente. Cordialmente

ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

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.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-03-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN		KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1679-2021	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	2 021		30	4	2 021
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO		C. C.		53 167 625		DE	BOGOTÁ	

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 **Instrumentadora Quirúrgica** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Planear y ejecutar los procesos de Instrumentación Quirurgica en salas de cirugía, central de esterilización, y otras áreas según la asignación establecida 2 Alistamiento oportunos siguiendo los protocolos y procedimientos institucionales establecidos desde su solicitud hasta la entrega a la central de esterilización u otras áreas que corresponda	100%	* Asistir los diferentes procedimientos quirúrgicos en salas de cirugía, haciendo la solicitud de equipos e instrumental en Central de Esterilización y solicitando los demás insumos en farmacia *Velar por el inicio a tiempo de los procedimientos quirúrgicos.	* Libro de registro de cirugías *Libros de solicitud y entrega de instrumenta del Cantral de Esterilización *Hoja de gasto de Insumos de Farmacia
3. Cumplir y hacer cumplir las normas del manual de epidemiologia y bioseguridad dentro del área quirúrgica 4. Realizar la manipulación de las muestras anatomopatologicas, de laboratorio y los implantes según protocolo y registros establecidos.	100%	*Verificando que el equipo quirúrgico cumpla con las normas de bioseguridad tales como: adecuado uso de uniforme, correcto lavado de manos quirúrgico, uso de elementos de protección personal. *Registrando en la hoja de notas de enfermería la entrega de patologías y muestras obtenidas en el procedimiento quirúrgico.	* Hoja de notas de enfermería.
5. Registro en los formatos de forma oportuna, veraz y legible las solicitudes y gastos de los implantes medico quirúrgicos material de osteosíntesis) formatos de pausas quirúrgicas, recuento y entregas de patologías Utilizados en los diferentes procedimientos quirúrgicos para garantizar los procesos de facturación, cobro de cuenta y pago a proveedores, respaldando toda la actuación con firma y sello 6. Desarrollo todas las actividades que sean necesarias con el objeto del contrato, en coordinación con el supervisor del mismo	100%	*Diligenciando en su totalidad formatos de hojas de gasto de material remisionado, hoja de gastos de farmacia, hoja de pausa de seguridad, hoja de notas de enfermería, formato de cadena de custodia (si es requerido) *Asistencia a charlas, capacitaciones, reuniones programadas por el servicio y el supervisor del contrato.	*Hoja de gasto de material remisionado *Hoja de gastos de farmacia *Libro radicador de hojas de gasto de material remisionado *Hoja de pausa de seguridad *Hoja de notas de enfermería *Formato de asistencia a capacitaciones.
7.Respeto a los derechos del paciente y cumplimiento del código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor del área de la salud está obligado en el servicio quirúrgico. 8. Uso en forma adecuada y racional los recursos de la institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.	100%	*Teniendo un trato amable con todo el equipo quirúrgico, usuarios y demás personal de la institución. * Haciendo uso racional de los recursos e insumos requeridos para los diferentes procedimientos quirúrgicos. *Velando por el cuidado y correcta utilización de instrumental, equipos y dispositivos médico Quirúrgicos, reportando cualquier daño o inconsistencia	*Libro de novedades de equipos de Central de Esterilización.
9. Dar aviso oportuno al supervisor de contrato de fallas o dificultades de la prestación del servicio. 10. Facilitar y proponer una comunicación asertiva para un clima laboral óptimo en el área quirúrgica y en la institución.	100%	*Informar de manera oportuna al supervisor del contrato, jefe del servicio cualquier inconveniente que se presente en el momento de la prestación del servicio o con el personal.	*Comunicación verbal y escrita al supervisor del contrato o jefe del servicio involucrado.

OBSERVACIONES: 186 horas laboradas del mes de Abril

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.304.104 (TRES MILLONES TRESCIENTOS CUATRO MIL CIENTO CUATRO PESOS)

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO	ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA
NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Ginna Paola Vega A 53167625	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor (Encargada): Zulma Gonzalez Roa

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53167625	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO	CRA 14 A 9-27 CHIA	3114884628	GINNA_PAO16@HOTMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2021-03	2021-03	I	23/03/2021	49428903	$434.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	165.000	0		0		0	0	0	0	165.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	211.200	0	0	0	0	0	0		211.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-8	32.200				32.200	0	0	32.200			322	32.200	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	26.400	0	0	26.400	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	165.000	165.000
Pensión	1	211.200	211.200
Riesgos Laborales	1	32.200	32.200
CCF	1	26.400	26.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	434.800	434.800

Ginna Paola Vega A
53167625

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO

C.C 53167625 DE BOGOTÁ

La suma de 3.304.104, por concepto de: prestación de servicios como INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO durante el periodo de 01 al 30 de Abril de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1679-2021.

Ginna Paola Vega Acevedo

C.C.53167625 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000500088505

Escaneado con CamSca