16089

Secretaría Distrital 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
Fecha de aprobación	15/02/2018
Código	04-02-FO-0002

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ											
TIPO DE DOCUMENTO:	C C	X	C.E		NO.	1018425045						
CORREO ELECTRONICO:	yiyikaro0423@hotmail.com				CELULAR:	30164022902						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON											
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	CAMI II				SEDE:	FONTIBON						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	C103	50	C903	1	X1 03	39	X209	10				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	36417615495								PENSIONADO	No		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	1926-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 de 3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/02/2018	NÚMERO DE CRP	10118	FECHA	31	enero	2018
OBJETO DEL CONTRATO:	**Prestar servicios Profesionales de apoyo a la gestión como AYUDANTE QUIRURGICO - MEDICO HOSPITALARIO dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. - UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD FONTIBON, de acuerdo a las necesidades de la institución.**								

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	3	2018		31	3	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES-HORA:	$29,478							
TIPO DE SERVICIOS		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:	$16,448,724
VALOR EJECUTADO	$10,788,948
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,659,776
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$5,659,776
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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 **$1.953.105**, 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
8477324308	$3,623,270	$452,909	$579,723	3	$88,263	$1,157,500

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de MARZO del año Dos Mil DIEZ Y OCHO (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente

Claudia Benavides

Claudia Ximena Benavides Rodriguez
SUPERVISOR

Caroline Sánchez Alvarez

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ
CONTRATISTA

Scanned with 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	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	SALAS DE CIRUGIA						**Sede: Fontibon**			
No. DE CONTRATO:	1926-2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**al**	**Día**	**Mes**	**Año**
			01	03	2018		31	03	2018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ		**C. C.**	1.018.425.045			**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 Medico General - Ayudante Quirurgico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente unidad FONTIBON.

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Realizar la ayudantia en el area de cirugia de acuerdo a los tiempos y movimientos que se requieran según los turnos del Hopital atendiendo las directrices del Coordinador del centro hospitalario	SI	Realizo la ayudantia quirurgica en las diferentes especialidades de acuerdo a la programacion y las Urgencias.	
Desarrollar actividades de registro y control en los formatos de historia clinica sistematizada y de acuerdo a cada procedimiento realizado.	SI	Realizo la consignacion de los procedientos realizados a los pacientes en la historia clinica institucional.	
Garantizar que le sean dadas al paciente y sus familiares las indicaciones y recomendaciones tanto pre-operatorias como post-operatorias y hacer verificacion de lista de chequeo.	SI	Realizo la verificacion de listas de chequeo y firmas de consentimientos informados a los pacientes que se van hacer intervenidos realizando las indicaciones y recomendaciones del caso al paciente y a sus familiares.	
Dar cuidado directo al paciente que por su condicion clinica lo requiera y delegar en el personal auxiliar aquellos cuidados que pueden ser realizados por este.	SI	Indico el cuidado al personal auxiliar de enfermeria de cada uno de los pacientes.	
Dar cumplimiento a los estandares de producción segun los tiempos establecidos por la Institucion.	SI	Realizo el cumplimiemto de los estandares de produccion establecidos por la institucion	
Cumplir con los turnos asignados según la programación publicada.	SI	Doy cumplimiento de los turnos asignados según publicacion de los mismos.	
Cumplir y vigilar la adherencia a la tecnica de asepsia y antisepsia y adherencia al manual de bioseguridad.	SI	Cumplo con las tecnicas de asepsia, lavado de manso y de bioseguridad institucionales.	
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clínica dando cumplimiento a la Resolución 1995 de 1.999	SI	Diligencio los formatos de historia clinica y consigno los datos pertinentes de acuerdo a cada especiliadad.	
Garantizar la información hacia el usuario y su familia sobre su estado de salud.	SI	En el post - quirurgico doy la informacion al paciente y sus familiares.	
Hacer seguimiento a los pacientes de acuerdo a los procedimientos de cada uno de los servicios.	SI	Realizo por escrito las recomendaciones post quirurgicas y explico verbalmente.	
Adherirse a las guias de manejo Institucionales.	SI	Realizo adherencia a las guias de manejo Institucionales.	
Realizar las acciones necesarias que garanticen la aplicación de cadena de custodia de los casos en que se requiera	SI	Garantizo la aplicacion de los estamentos de cadena de custodia en los casos que se requieran	
Garantizar la racionalización en el uso y control de insumos médico quirúrgicos en la prestación del servicio	SI	Realizo racionalmente el uso de los insumos a mi disposicion e informo el faltante o requerimiento de los mismos.	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:	**$ 5.659.776**	**CINCO MILLONES SEISCIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL SETESCIENTO SETENTA Y SEIS PESOS M/TE**

Carolina Sanchez Alvarez

CONTRATISTA: JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ - C.C. # 1.018.425.045

Fecha : MARZO DEL 2018

Claudia Benavides

SUPERVISOR: Claudia Ximena Benavides Rodriguez

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

Scanned with CamScanner

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
C 1018425045		SANCHEZ ALVAREZ JEIMMY CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 111 A No 148-50 Inte 2 apt 604	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8061740	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-03	2018-03	321066359	8477324308	I	2018/03/12	2018/03/12	BANCOLOMBIA	0	$1,157,500

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
1	CC	1018425045	SANCHEZ JEIMMY	25-14	30	$3,623,270	$616,200	EPS010	30	$3,623,270	$453,000		0	$0	$0	14-28	30	$3,623,270	$88,300	0	$0	$0
Total	Afiliados(1)					$3,623,270	$616,200			$3,623,270	$453,000			$0	$0			$3,623,270	$88,300		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$616,200	$0	$0	$616,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$616,200	$0	$0	$616,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$88,300	$0	$0	$88,300
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$88,300	$0	$0	$88,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$453,000	$0	$0	$453,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$453,000	$0	$0	$453,000
TOTAL				1	$1,157,500	$0	$0	$1,157,500

PAGADO

Scanned with CamScanner