CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 5
Fecha de aprobación: 15/02/2018
Código: 04-02-FO-0002

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA	JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ												
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	X	C.E		NO	1018425045							
CORREO ELECTRONICO	yiyikarro0423@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	%	
	C01	50	C11	20	C10	30							
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						
NUMERO DE CDP	803	FECHA	18/04/2018	NÚMERO DE CRP	21258	FECHA	30/04/2018			
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	5	2018		31	5	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 DE LA CONTRATO MAS ADICIONES	$21.931.632
VALOR EJECUTADO	$21.577.896
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.482.908
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$353.736
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	98%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del minimo 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 minimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8479487451	$3.330.432	$435.600	$592.600	3	$84.900	$1.113.100

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

Cordialmente,

Claudia Bonavides

Claudia Ximena Bonavides Rodriguez
SUPERVISOR

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ
CONTRATISTA

Secretaría Distrital 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**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			01	05	2018		31	05	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.	participacion activa
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.	por medio de la descripcion quirurgica la cual se consigna en la historia clinica del sistema de cada paciente
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.	se da explicacion e informacion del procedimiento a realizar previo al procedimiento, despejando dudas y posterior diligenciamianto del formato de consentimiento.
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.	se da indicaicon verbal y escrita sobre el manejo posoperatorio de acuerdo a la patologia
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	participacion activa
Cumplir con los turnos asignados según la programación publicada	SI	Doy cumplimiento de los turnos asignados según publicacion de los mismos.	participacion activa
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 manos y de bioseguridad institucionales.	de acuerdo al protocolo de la institucion y los tiempos asignados previo a inicio de procedimiento.
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la Historia Clinica 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.	participacion activa
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.	se explica al familiar y al paciente sobre procedimiento y plan a seguir, se firma en libro de entrega de informacion.
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.	se dan la s recomendaciones de cuidado posoperatorio previo a inciio de cirugia y posterior a este, se entrega por escrito al momento del egreso.
Adherirse a las guias de manejo Institucionales.	SI	Realizo adherencia a las guias de manejo Institucionales.	participacion activa
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.	participacion activa
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.	participacion activa

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR:	$ 5.482.908	CINCO MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL NOVECIENTOS OCHO PESOS M/TE

Fecha MAYO DEL 2018

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

SUPERVISOR: Claudia Ximena Benavides Rodriguez

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

DATOS DEL PERFILES DEL APORTANTE

Identificacion	Dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Email para Envio de CE
[illegible]		RAMIREZ ALVAREZ DENIS CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	[illegible]	BARRANQUILLA	[illegible]	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]	[illegible]			[illegible]

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES			PENSION					SALUD					CCF				RIESGOS			PARAFISCALES			
[illegible]																										
TD	[illegible]	[illegible]			V			[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Total	Afiliados(1)					$3.484.555	$592.600				$3.484.555	$435.600				$0	$0			$3.484.555	$384.000		$0	$0		$1.410.000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1019423043		SANCHEZ ALVAREZ JOHN CAROLINA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 111 A No 148 35 Int 6 Apt 604	BOGOTA-BOGOTA D.C.	8041740	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-09	2018-09	33899274	84794874		2018-09-11	2018-09-10	BANCO DE BOGOTA	0	$1,113,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$592,600	$0	$0	$592,600
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$592,600	$0	$0	$592,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$84,900	$0	$0	$84,900
APP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$84,900	$0	$0	$84,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$435,600	$0	$0	$435,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$435,600	$0	$0	$435,600
TOTAL				**1**	**$1,113,100**	**$0**	**$0**	**$1,113,100**

PAGADO