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. SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud E.S.E.
		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:	yivikaro0423@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			1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	262	FECHA	28/05/2018	NÚMERO DE CRP	25307	FECHA	31/05/2018			
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	6	2018		30	6	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:	$27.414.540
VALOR EJECUTADO	$26.707.068
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5.129.172
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$707.472
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
8480344963	$3.330.432	$460.400	$626.300	3	$89.800	**$1.176.500**

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

Cordialmente,

Claudia Benavides

Claudia Ximena Benavides Rodriguez
SUPERVISOR

Carolina Sánchez Alvarez

JEIMMY CAROLINA SANCHEZ ALVAREZ
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.
		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	06	2018		30	06	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 segùn 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 biosegundad 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 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.	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:	**$ 5.129.172**	**CINCO MILLONES CIENTO VEINTI Y NUEVE MIL CIENTO SETENTA Y DOS PESOS M/TE**

Fecha : JUNIO DEL 2018

Carolina Sánchez Alvarez

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

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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	341771565	8480344963	I	2018/06/14	2018/06/05	BANCOLOMBIA	0	$1,176,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$626,300	$0	$0	$626,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$626,300	$0	$0	$626,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$89,800	$0	$0	$89,800
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$89,800	$0	$0	$89,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$460,400	$0	$0	$460,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$460,400	$0	$0	$460,400
TOTAL				1	$1,176,500	$0	$0	$1,176,500

PAGADO

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 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	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	341771565	8480344963	I	2018/06/14	2018/06/05	BANCOLOMBIA	0	$1,176,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vlp	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1018425045	SANCHEZ JEIMMY									X									25-14	30	$3,682,900	$626,300	EPS010	30	$3,682,900	$460,400		0	$0	$0	14-28	30	$3,682,900	$89,800	0	$0	$0	No	$1,176,500
Total	**Afiliados(1)**																						$3,682,900	$626,300			$3,682,900	$460,400			$0	$0			$3,682,900	$89,800		$0	$0		$1,176,500

PAGADO