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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	x	C.E		NO.	53167625						
CORREO ELECTRONICO:	ginna_pao16@hotmail.com				CELULAR:	3114864628						
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	%
	A23	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:	2509 – 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		3 de 3	
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12 enero 2018	NÚMERO DE CRP	10704	FECHA	31 de ene de 18
OBJETO DEL CONTRATO:	INSTRUMENTACION QUIRURGICA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.901.414							
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:	$8.704.242
VALOR EJECUTADO	$8.704.242
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.901.414
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8326421187	1.160.565	$145.100	$185.700	3	$28.300	**$359.100**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Abril del año Dos Mil diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SANDY LORENA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Scanned by CamScanner

* 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 Central de Esterilización. *Hoja de gasto de insumos de Farmacia.
*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.
*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 enfermeria, 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.
*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.

Scanned by CamScanner

Señor(a): GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
No. Identificación: CC 53167625
Dirección: CRA 14 A 9-27 CHIA
Teléfono: 3114864628 **Fax:**
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla 8326421187

CITE ESTE NUMERO PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Respetado señor(a)

Con atento saludo, informamos que Compensar Operador de Información procesó el siguiente pago realizado por medio de:

compensar | miplanilla.com

Nombre	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
Tipo y Número de Identificación	CC 53167625
Numero Planilla	8326421187
Fecha de Pago	4/6/2018
Numero de Autonzación de Pago	15619499
Banco	1023
Valor Comisión	$0

Número de Empleados	1
Periodo Cotización Salud	Abril 2018
Periodo Cotización Pensión	Abril 2018
Periodo Cotización Caja	Abril 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	$382,400
Total interes Mora	$0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NUMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	$28,300	1
230301	Porvenir	$185,700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	$23,300	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	$145,100	1

PAGO 15619499

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 53167625
APELLIDOS Y NOMBRES: VEGA ACEVEDO GINNA PAOLA

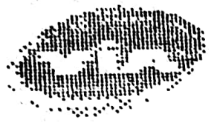
COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD
EPS017	230301	0	1.160.565	1.160.565	1.160.565	1.160.565	145.100	185.700	28.300	0

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO:
APELLIDOS Y NOMBRES: Vega Acevedo Ginna Paola

COD EPS	COD AFP	UPC	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJA	COTIZACIÓN SALUD	COTIZACIÓN PENSIÓN	COTIZACIÓN RIESGOS	FONDO SOLIDARIDAD

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

Scanned by CamScanner



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:15619499
NUM REFERENCIA:00000083264211187
NUM IDENTIFICACION:5316625
PERIODO: 2018-04
FECHA EFECTIVA:2018-04-06
VALOR: 382.400
VIE 6 ABR 18 12:56:55
096-02799580-113
771849-589539-444629-648260-44
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL
UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN
CASO DE RECLAMO LLAMAR A:
A SU OPERADOR.
AGT 16933 CLR 8947692
05159407-455304

Scanned by CamScanner

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

El Ministerio de la Protección Social informa que la información de [illegible] reportados conforme a las fechas definidas en el [illegible] Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han sido objeto de validación cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas, por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y no es concluyente para demorar o prestar en de los servicios de salud a las personas. Se sugiere verificar que la inconsistencia en la información no pueda ser, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y esta proceda a la actualización en las bases de datos.

B.D.U.A (/BDUA /Consulta-afiliado /Estadisticas-Consulta-Afiliado/Afiliados Cargados-en-la-BDUA)

M.A. Comp (/Compensacion /Consultas-y-estadisticas/Maestro-de-Afiliados-Compensados)

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BASICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS EOC	TIPO AFILIADO

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS EOC	TIPO AFILIADO

No records to display.

Consulta PJ (/ECAT/Consultas/Personas-Juridicas-ECAT)

Pago Rex (/REX/Procesos-y-procedimientos/Pago-Recaudo-Rex)

Mallas (/Mallas-Validadoras)

Noticias (/todaslasnoticias)

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NUMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERIODO COMPENSADO	EPS EOC	TIPO AFILIADO
CC	53167625	VEGA	ACEVEDO	GINNA	PAOLA	2018-04	FAMISANAR E.P.S. LTDA CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

Normas (/Acerca-del-POSTGA/Marco-Normativo/Acuerdos)

Ciudadanos (/Atencion-al-ciudadano)

INFORMACIÓN DE PERIODOS COMPENSADOS

EPS EOC	PERIODOS COMPENSADOS	FECHA DE AFILIACION	DIAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	NOVED
FAMISANAR E.P.S. LTDA CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	NOV
FAMISANAR E.P.S. LTDA CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	NOV

Scanned by CamScanner