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 TESORERÍA	Versión: 1 Fecha de aprobación: 13/02/2018 Código: 03.03.FO.0005	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	53187925						
CORREO ELECTRONICO:	ginna_paola@hotmail.com				CELULAR:	3114864828						
UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD:					RE10							
UBICACION 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:	2508 – 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 de 9				
NÚMERO DE CDP	1398	FECHA	28 Sept 2018	NÚMERO DE CRP	42100	FECHA	30 de Septiembre 2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	INSTRUMENTACION QUIRURGICA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2018		31	10	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:	$26.112.726
VALOR EJECUTADO	$26.112.726
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
8329683958	1.160.565	$145.100	$185.700	3	$28.300	**$359.100**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Octubre 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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	7
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	84-02-FO-0003

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN			KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	2509-2018	**Periodo certificado desde el**	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	10	2.018		31	10	2.018	
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 X Servicios: SI _X_ NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
1. Planear y ejecutar los procesos de Instrumentación Quirúrgica 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 instrumental del Central 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:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $2.901.414 (DOS MILLONES NOVECIENTOS UN MIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS)

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO	**SANDY LORENA MARTINEZ CAMACHO**
NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Ginna Paola Vega A 53167625	Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: Sandy Martinez C

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

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

Pag. 1 de 1

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a):	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
No. Identificación:	CC53167625
Dirección:	CRA 14 A 9-27 CHIA
Telefono:	3114864628
Correo:	GINNA_PAO16@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8329683958

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
Tipo y número de identificación	CC53167625
Número de planilla	8329683958
Fecha pago	2018-09-04
Número de autorización pago	93357564
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	septiembre de 2018
Periodo de Cotización Pensión	septiembre de 2018
Número de Administradoras	4
Total Pagado	382400
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

8329683958

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-28	ARP Sura	28300	1
230301	Porvenir	185700	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Fliar	23300	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	145100	1

Sandra Lorena

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

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS017	230301	1160565	1160565	1160565	1160565	145100	0	185700	0	28300	0

Ginna Paola Vega A
53167625

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

Scanned by CamScanner

MAESTRO AFILIADOS COMPENSADOS

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y 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 nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Sí usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, 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 está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO	TIPO AFILIADO

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	SEXO	TIPO AFILIADO

No records to display.

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO ID	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PERÍODO ÚLTIMA COTIZACIÓN	ENTIDAD PAGADORA	TIPO AFILIADO
CC	53167625	VEGA	ACEVEDO	GINNA	PAOLA	2018-09	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERÍODOS COMPENSACIÓN	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO	REGIMEN
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	09/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	08/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	07/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	06/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	05/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	04/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	03/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	02/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023
FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	01/2018	01/07/2005	30	COTIZANTE	4023

Ginna Vega A
CC: 53167625.

Scanned by CamScanner