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	2
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código	04-02-FO-0092

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAMILA ALEJANDRA FORERO MOLINA												
TIPO DE DOCUMENTO	C C	x	C E		NO	1075872274							
CORREO ELECTRONICO	camifmolina18@hotmail.com				CELULAR	3134152819							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	KE 10												
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	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	41147428594								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	2515-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			13 de 13
NÚMERO DE CDP	1990	FECHA	13 de dic de 18	NÚMERO DE CRP	49714	FECHA	17 de dic de 18
NUMERO DE CDP	26	FECHA	10 de ene de 19	NÚMERO DE CRP	9494	FECHA	15 de ene de 19
OBJETO DEL CONTRATO	INSTRUMENTACION QUIRURGICA						

PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	1	2019		31	1	2019
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	$36.267 402
VALOR EJECUTADO	$36.267 402
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 **$1844293**, 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
32402595	1.160.565	$145.100	$185.700	3	$28.300	**$359.100**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Enero del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

SANDY LORENA MARTINEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

CAMILA ALEJANDRA FORERO MOLINA
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	2
Fecha de aprobación	3/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN				KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	2515-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2 019		31	1	2 019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CAMILA ALEJANDRA FORERO MOLINA		C. C.	1 075 672 274		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 Instrumenta del Central de Esterilización *Hoja de gasto de Insumos de Farmacia
3. Cumplir y hacer cumplir las normas del manual de epidemiología 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 UNMIL CUATROCIENTOS CATORCE PESOS)

CAMILA ALEJANDRA FORERO MOLINA	SANDY LORENA MARTINEZ CAMACHO
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CONTRATISTA	Fecha dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075672274	CAMILA ALEJANDRA FORERO MOLINA		KRA 21 # 1 - 88	0100000	CAMIFMOLINA18@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
UNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-12	2018-12	I	11/01/2019	32402595	TOTAL A PAGAR	
					$382.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	145.100	0		0		0	0	0	0	145.100	1

TOTALES PENSIÓN											
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-6	185.700	0	0	0	0	0	0		185.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Sura	800256161-6	28.300				28.300	0	0	28.300			283	28.300	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23.300	0	0	23.300	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.100	145.100
Pensión	1	185.700	185.700
Riesgos Laborales	1	28.300	28.300
CCF	1	23.300	23.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	382.400	382.400

Sandra Silva C

Camila Alejandra Forero Molina
CC. 1075672274

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

Scanned by CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1075672274	CAMILA ALEJANDRA FORERO MOLINA		KRA 21 # 1 - 86	0100000	CAMIFMOLINA18@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	ZIPAQUIRÁ	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2018-12	2018-12	I	11/01/2019	32402595	TOTAL A PAGAR	
					$382.400	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Cotiza exterior	Enviar novedad	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1075672274	FORERO MOLINA CAMILA ALEJANDRA	59	0			N																	230301	1 160.565	185.700	0	0	0	0	EPS008	1 160.565	145.100	14-28	1 160.565	3	28.300	CCF24	1 160.565	23.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Sandy Martinez.

Camila Forero Molina
CC. 1075672274

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

Scanned by CamScanner