



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA											
NOMBRE DEL CONTRATISTA		DIANA MILENA CASTAÑEDA REY									
TIPO DE DOCUMENTO		C.C.	x	C.E.		NO	52167359				
CORREO ELECTRÓNICO		amcam@hstrial.com				CELULAR	3112225721				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		KE 10									
UBICACIÓN DEL SERVICIO		Área de Quirófanos y Esterilización				SEDE	Kennedy				
CENTRO DE COSTOS		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		KE10C01	100								
ENTIDAD FINANCIERA		Bancolombia				TIPO DE CUENTA		Ahorros			
NÚMERO DE CUENTA BANCARIA		20165689844				PENSIONADO		No			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA		1727-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO		4 de 4			
NÚMERO DE CDP		501	FECHA	10-04-2019	NÚMERO DE CRP	19953	FECHA	30 de abr de 19			
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA											
OBJETO DEL CONTRATO											
PERÍODO CERTIFICADO		DESDE	DÍA	MES	AÑO	HASTA	DÍA	MES	AÑO		
			1	5	2019		31	5	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES		\$3.075.510									
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:						\$12.302.040					
VALOR EJECUTADO						\$12.302.040					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3.075.510					
VALOR A LIBERAR						\$0					
SALDO POR EJECUTAR						\$0					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%					
El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:											
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.											
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES					
43028346	\$1,230.204	\$153.800	\$196.900	3	\$30.000	\$380.700					
Dado en Bogotá a los () días del mes de Mayo del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente Cordialmente.											
 LIZETH PATRICIA LARA YANES NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:						 DIANA MILENA CASTAÑEDA REY NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA					

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN	KENNEDY														
No DE CONTRATO	1727-2019	Periodo certificado desde el														
		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>5</td> <td>2019</td> <td></td> <td>31</td> <td>5</td> <td>2019</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	5	2019		31	5	2019
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	5	2019		31	5	2019										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MILENA CASTAÑEDA REY	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>52.167.359</td> <td>DE</td> <td>BOGOTÁ</td> </tr> </table>	C. C.	52.167.359	DE	BOGOTÁ										
C. C.	52.167.359	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 ☐ Servicios: SI ☒ 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	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
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%	*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
3. Cumplir y hacer cumplir las normas del manual de epidemiología y bioseguridad dentro del área quirúrgica	100%		
4. Realizar la manipulación de las muestras anatómicas, de laboratorio y los implantes según protocolo y registros establecidos	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 radicator de hojas de gasto de material remisionado *Hoja de pausa de seguridad *Hoja de notas de enfermería *Formato de asistencia a capacitaciones.
5. Desarrollo todas las actividades que sean necesarias con el objeto del contrato, en coordinación con el supervisor del	100%		
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	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
10. Facilitar y proponer una comunicación asertiva para un clima laboral óptimo en el área quirúrgica y en la institución.	100%		

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3,075,610 (TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS)

DIANA MILENA CASTAÑEDA REY

LIZETH PATRICIA LARA YANES

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MILENA CASTAÑEDA REY

LIZETH PATRICIA LARA YANES

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

FAB 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE							EXONERADO PAGO PARAFISCABLES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	52167359	DIANA MILENA CASTAÑEDA REY	CARRERA 84 N 75 A 26	3112225721	DMICARH@HOTMAIL.COM		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA				CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS
				34680098	0
PERIODO SALUD					PERIODO PENSIONES
2019-04					2019-04
					TOTAL A PAGAR
					\$380.700

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
EP9008	Compensar EPS	86008942-7	153.800	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	0	0
											Total a Pagar
											No. Afiliados
											1

TOTALES PENSION											
Código AFP	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FBP - Salud	Aporte FBP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FBP	Total a Pagar
230301	Porvenir	800224808-8	196.900	0	0	0	0	0	0	0	196.900
											No. Afiliados
											1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Hora 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										
14-11	ARL SURA	890803780-5	30.000				30.000	0	0	30.000			300	30.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCABLES				
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. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	153.800	153.800
Pensión	1	196.900	196.900
Riesgos Laborales	1	30.000	30.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	380.700	380.700

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

52.167.359 Bt