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_pao19@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	%
	KE10C01	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:	1720 – 2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		2 DE 3	
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17-01-19	NÚMERO DE CRP	13327	FECHA	ENERO 31 DEL 2019
OBJETO DEL CONTRATO:	INSTRUMENTACION QUIRURGICA						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	3	2019		31	3	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:	$9.226.530
VALOR EJECUTADO	$6.151.020
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.075.510
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3.075.510
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	67%

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 **$2.070.290**, 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
8333235393	$1.230.204	$153.800	$196.900	3	$30.000	**$380.700**

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Marzo del año Dos Mil diez y nueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.
Cordialmente,

GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Ginna Paola Vega A

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Natalia

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	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN				KENNEDY						
		Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año		
No. DE CONTRATO:	1720-2019		1	3	2.019		31	3	2.019		
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 ____ 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 cirugía *Libros de solicitud y entrega d instrumenta del Central de Esterilizació *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	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 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 remisionad *Hoja de gastos de farmac *Libro radicador de hojas de gasto material remisionad *Hoja de pausa de segurid *Hoja de notas de enfermer *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 Cent 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 supervi del contrato o jefe del servicio involucrad

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $3.075.510 (TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS)

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO	GLORIA AMANDA SALINAS PIRAJAN
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: GinnaPaolaVegaA 53167625	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 operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Cotizante(a):	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
Tipo Identificación:	CC53167625
Dirección:	CRA 14 A 9-27 CHIA
Telefono:	3114864628
Correo:	GINNA_PAO16@HOTMAIL.COM
Ciudad:	BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla:	8333235393

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	8333235393
Fecha pago	2019-03-04
Número de autorización pago	92681501
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	febrero de 2019
Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2019
Número de Administradoras	4
Total Pagado	405400
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	30000	1
230301	Porvenir	196900	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	24700	1
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	153800	1

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	1230204	1230204	1230204	1230204	153800	0	196900	0	30000	0

Ginna Paola Vega A
53167625

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

Scanned by CamScanner