DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

EDITH YUMARI SABOGAL VANEGAS

C.C 20476968 DE CHIPAQUE

La suma de $ 3.192.318, por concepto de: prestación de servicios como INSTRUMENTADOR QUIRURGICO durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1140-2020

Edith Yumari Sabogal Vanegas

C.C 20476968 DE Chipaque

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000570091066

Escaneado con CamScanner

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA	EDITH YUMARI SABOGAL VANEGAS												
TIPO DE DOCUMENTO	C.C	x	C.E		NO	20476968							
CORREO ELECTRONICO	yuma8411@hotmail.com				CELULAR	3204416384							
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	%	
	KE10C01	100											
ENTIDAD FINANCIERA	Davivienda				TIPO DE CUENTA	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570091066								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1140-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			9 de 9			
NÚMERO DE CDP	1380	FECHA	25-09-2020	NÚMERO DE CRP	40445	FECHA	30 de sep de 20			
OBJETO DEL CONTRATO	INSTRUMENTACION QUIRURGICA									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	10	2020		31	10	2020		
VALOR HONORARIOS MENSUALES	$3.192.318									
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES (Se realiza cuenta de cobro por 186 horas laboradas)

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES	$28.730.862
VALOR EJECUTADO	$26.877.258
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.853.604
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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 $2,194,508, 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
45741790	$1,112,162	$139.100	$178.000	3	$27.100	$344.200

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Octubre del año Dos Mil veinte (2020) Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LIZETH PATRICIA LARA YANES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

EDITH YUMARI SABOGAL VANEGAS
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con 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	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-03-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN			KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	1140-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2.020		31	10	2.020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	EDITH YUMARI SABOGAL VANEGAS		C. C.		20.476.968	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 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 osteosintesis) 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): $ 3.182.318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS)

EDITH YUMARY SABOGAL VANEGAS	LIZETH PATRICIA LARA YANES
NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL CONTRATISTA:	NOMBRE COMPLETO Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

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

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20476988	EDITH YUMARI SABOGAL VANEGAS	CALLE 3 A SUR NUMERO 71a- 29	3334652	EYSABOGAL1@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						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	1	02/10/2025	45741790	$366,500	

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	136,100	0		0		0	0	0	0	136,100	1

TOTALES PENSIÓN

Código A/P	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
25-14		900336004-7	179,000	0	0	0	0	0	0		179,000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código A/RL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Ausencias Otros Motivos	Valor Base Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Resolución Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800256770-3	27,100				27,100	0	0	27,100			271	27,100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	22,300	0	0	22,300	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 ICBF, LMA, SENA y Mora	Total a Pagar
Salud	1	136,100	136,100
Pensión	1	179,000	179,000
Riesgos Laborales	1	27,100	27,100
CCF	1	22,300	22,300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	366,500	366,500

PAGADA 45741790

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELÉFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	20476988	EDITH YUMARI SABOGAL VANEGAS	CALLE 3 A SUR NUMERO 71a- 29	3334652	EYSABOGAL1@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

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	APC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-09	1	02/10/2025	45741790	$366,500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF			PARAFISCALES				
Ítem	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres											Cód. AFP	Días AFP	Cotización	Valor Mora Afiliado	Valor Mora Aportante	Fondo Solidaridad de Subsistencia	Fondo Solidaridad de Subsistencia	Días ENS	Días EPS	Cotización Valor UPC	Días ARL	Días AVL	Clase	Cotización	Código CCF	Días CCF	Aporte CCF	Días ICBF	Aporte ICBF	Días SENA	Aporte SENA
1	CC	20476988	SABOGAL VANEGAS EDITH YUMARI	30	0	0								25-14	5,110,143	179,000	0	0	0	0	EPS008	5,110,143	136,100			2	27,100								

PAGADA

Yumari Sabogal Vanegas
20476 988

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

Escaneado con CamScanner