| | 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.0003 |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA | GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | CC | x | CE | | NO | 53167625 | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO | ginna_pao18@hotmail.com | | | | CELULAR | 3114864028 | | | | | |
| 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 | 000500088505 | | | | | | PENSIONADO | No | | | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA | 1141-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 5 de 6 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 574 | FECHA | 20.04.2020 | NÚMERO DE CRP | 22089 | FECHA | 30 de abr de 20 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO | INSTRUMENTACION QUIRURGICA | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 6 | 2020 | | 30 | 6 | 2020 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES | $2.883.384 | | | | | | | | | |
| 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 | $19 153 908 |
| VALOR EJECUTADO | $15 137 766 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2 883 384 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $4 016 142 |
| PORCENTAJE DE EJECUCION | 79% |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 42922389 | $1,070,971 | $133 900 | $171 400 | 3 | $26 100 | **$331.400** |

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

LIZETH PATRICIA LARA
**NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:**

Ginna Paola Vega 53167625
GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
**NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA**

Escaneado con CamScanner

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

# INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión: 1
Fecha de aprobación: 6/03/2017
Código: 44-03-FO-003

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN | | | KENNEDY | | | | |
| | | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| No. DE CONTRATO: | 1141 2020 | | 1 | 6 | 2 020 | | 30 | 6 | 2 020 |
| 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 Quirurgica** 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. Planea y ejecuta los procesos de instrumentación Quirúrgica en salas de cirugía, central de esterilización, y otras áreas según la asignación establecida<br>2. Alistamiento oportuno 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 demas insumos en farmacia<br>*Velar por el inicio a tiempo de los procedimientos quirúrgicos | * Libro de registro de cirugías<br>*Libros de solicitud y entrega de instrumenta del Central de Esterilización<br>*Hoja de gasto de insumos de Farmacia. |
| 3. Cumplir y hacer cumplir las normas del manual de epidemiologia y bioseguridad dentro del área quirúrgica<br>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<br>*Registrando en la hoja de notas de enfermeria la entrega de patologias y muestras obtenidas en el procedimiento quirúrgico | * Hoja de notas de enfermeria. |
| 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 quirurgicas, recuento y entregas de patologias. 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.<br>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 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 remisionado.<br>*Hoja de gastos de farmacia.<br>*Libro radicador de hojas de gasto de material remisionado.<br>*Hoja de pausa de seguridad.<br>*Hoja de notas de enfermeria.<br>*Formato de asistencia a capacitaciones. |
| 7. Respeto a los derechos del paciente y cumplimiento del código de ética medica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor del area de la salud está obligado en el servicio quirúrgico. 8. Uso en forma adecuada y racional los recursos de la institución y demas equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales. | 100% | *Teniendo un trato amable con todo el equipo quirurgico, usuarios y demás personal de la institución.<br>* Haciendo uso racional de los recursos e insumos requeridos para los diferentes procedimientos quirúrgicos<br>*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.<br>10. Facilitar y propiciar una comunicación asertiva para un clima laboral optimo 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): $2.883.384 (DOS MILLONES OCHOSCIENTOS OCHENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS OCHENTA Y CUATRO PESOS)**

| GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO | LIZETH PATRICIA LARA |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Ginna Paola Vega A 53167625 | Fecha dd/mm/aaaa firma de recibido supervisor: 30.6.2020 |

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 | NUMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 53167625 | GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO | CRA 14 A 9-27 CHIA | 3114864629 | GINNA_PAO16@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| UNICA | Independiente | | | BOGOTÁ D.C. | BOGOTÁ D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/ANO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-05 | 2020-05 | 1 | 01/06/2020 | 42922389 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $352.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 133.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 133.900 | 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 | 800224808-8 | 171.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 171.400 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 830903790-5 | 26.100 | | | | 26.100 | 0 | 0 | 26.100 | | | 261 | 26.100 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 21.500 | 0 | 0 | 21.500 | 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 | 133.900 | 133.900 |
| Pensión | 1 | 171.400 | 171.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 26.100 | 26.100 |
| CCF | 1 | 21.500 | 21.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 352.900 | 352.900 |

GinnaPaolaVega A
53167625

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

Escaneado con CamScanner