Subsistema de Salud Secretaría Distrital de Salud San Cristóbal 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.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 ACEVEDO 53167625
GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Escaneado con CamScanner

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	1
Fecha de aprobación	4-04-2017
Código	44-03 FO-0003

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN		KENNEDY						
			Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
No. DE CONTRATO	1141-2020	Periodo certificado desde el	1	6	2 020		30	6	2 020
			C. C.	53 167 625			DE	BOGOTÁ	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO								

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 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 medica 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 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: Lizeth Patricia Lara

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 06 / 2020

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINNA PAOLA VEGA ACEVEDO

C.C 53167625 DE BOGOTA

La suma de $ 2.2883.384, por concepto de: prestación de servicios como INSTRUMENTADOR QUIRURGICO durante el periodo de 01 al 30 de junio de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1141-2020

Ginna Paola Vega Acevedo

C.C. 53167625 DE Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 000500088505

Escaneado con CamScanner