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
Fecha de aprobación	31/05/2017
Código	44-03-FO-0003

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIANA MILENA CASTAÑEDA REY											
TIPO DE DOCUMENTO	C C	X	C E		NO	52167359						
CORREO ELECTRONICO	dmcam@hotmail.com				CELULAR	3112225721						
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	Bancolombia				TIPO DE CUENTA	Ahorros						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20165689844								PENSIONADO	No		

INFORMACION PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA	1735-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			7 de 7			
NÚMERO DE CDP	1052	FECHA	22-07-2020	NUMERO DE CRP	29855	FECHA	31 de jul de 20			
OBJETO DEL CONTRATO	INSTRUMENTACION QUIRURGICA									
PERIODO CERTIFICADO	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	8	2020		31	8	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	$22 346 226
VALOR EJECUTADO	$20 904 534
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3 192 318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1 441 692
PORCENTAJE DE EJECUCION	93%

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
44459068	$1,153,353	$144 200	$184 600	3	$28.100	$356.900

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

ZULMA YADIRA GONZALEZ
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR (Encargado)

DIANA MILENA CASTAÑEDA REY
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: 19/4/2017
Código: 04.02.F.G.0003

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN				KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	1735-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2 020		31	8	2 020
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	DIANA MILENA CASTAÑEDA REY		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 _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 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 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 instrumental 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 quirurgico, 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 quirurgica 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): $ 3 192 318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS)

DIANA MILENA CATAÑEDA REY	ZULMA YADIRA GONZALEZ ROA (Supervisor encargado)
(Nombre completo y firma del contratista)	(Nombre completo y firma del supervisor)
	Fecha: dd/mm/aaaa: 06-Agost-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	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52167359	DIANA MILENA CASTAÑEDA REY	CARRERA 94 N 75 A 26	3112225721	dmicam@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – 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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2020-07	2020-07	I	03/08/2020	44453088	$360 000	

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	144 200	0		0		0	0	0	0	144 200	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	184 500	0	0	0	0	0	0		184 600	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	28 100				28.100	0	0	28.100			281	28.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	23 100	0	0	23 100	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	144.200	144.200
Pensión	1	184 600	184 600
Riesgos Laborales	1	28.100	28.100
CCF	1	23.100	23.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	360.000	360.000

Diana M. Castañeda Rey
52 167 359 Bta.

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

Escaneado con CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

DIANA MILENA CASTAÑEDA REY

C.C 52167359 DE BOGOTÁ

La suma de 3.192.318, por concepto de: prestación de servicios como INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO durante el periodo de 01 al 31 de AGOSTO de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1141-2020.

Diana Milena Castañeda Rey

C.C.52167359 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 20165689844

Diana M. Castañeda Rey
C.C. 52.167.359 BTA

Escaneado con CamScanner