**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 BOGOTA**

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 1735-2020

**Diana Milena Castañeda Rey**

**C.C. 52167359 DE Bogotá**

**CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA**

**NUMERO 20165689844**

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 | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO | C.C | x | C.E | | NO | 52167359 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO | dimicarn@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 | | |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA | 1735-2020 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 9 de 9 |
| NÚMERO DE CDP | 1380 | FECHA | 25-09-2020 | NÚMERO DE CRP | 40944 | 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 | $27.289.170 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.192.318 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $1.441.692 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 45428481 | $1,276,927 | $159.700 | $204.400 | 3 | $31.200 | **$395.300** |

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

52.167.359 B/A
DIANA MILENA CASTAÑEDA REY
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 | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 3/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-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 | 10 | 2 020 | | 31 | 10 | 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.<br>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.<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. *Hoja de gasto de insumos de Farmacia. |
| 3. Cumplir y hacer cumplir las normas del manual de epidemiología 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 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.<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 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.<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 enfermería.<br>*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.<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 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): $ 3,192,318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS )**

| DIANA MILENA CATAÑEDA REY | LIZETH PATRICIA LARA YANES |
|---|---|
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 52.167.359 Bta. | Fecha, nombre completo y firma de quien ejerce supervisión: |

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 |
| CC | 52167359 | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY | | CARRERA 94 N 75 A 28 | 3112225721 | dimicarn@hotmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---|
| 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 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | 1 | 0 |
| 2020-09 | 2020-09 | I | 06/10/2020 | 45428481 | TOTAL A PAGAR | |
| | | | | | $420.900 | |

## 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 | | | | | |
| EPS008 | Compensar EPS | 860066942-7 | 159.700 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 159.700 | 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 | 204.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 204.400 | 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 | 800903790-5 | 31.200 | | | | 31.200 | 0 | 0 | 31.200 | | | 312 | 31.200 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 25.600 | 0 | 0 | 25.600 | 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 | 159.700 | 159.700 |
| Pensión | 1 | 204.400 | 204.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 31.200 | 31.200 |
| CCF | 1 | 25.600 | 25.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 420.900 | 420.900 |

52.167.359 Bta
DIANA M CASTAÑEDA REY

PAGADA 4284

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

Escaneado con CamScanner