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 Diciembre de 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1735-2020

Diana Castañeda Rey

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:	dimicam@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		11 DE 11					
NÚMERO DE CDP	1723	FECHA	26-11-2020	NÚMERO DE CRP	52624	FECHA	30 de nov de 20				
OBJETO DEL CONTRATO:	INSTRUMENTACION QUIRURGICA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	12	2020		31	12	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:	$33.673.806
VALOR EJECUTADO	$33.673.806
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3.192.318
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
46682072	$1,276,927	$159.700	$204.400	3	$31.200	**$395.300**

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

Cordialmente,

LIZETH PATRICIA LARA YANES
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

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-S2-FO-6663	

Ubicación del Servicio:	QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN				KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	1735-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	12	2.020		31	12	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 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 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): $ 3,192,318 (TRES MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL TRESCIENTOS DIECIOCHO PESOS)

DIANA MILENA CATAÑEDA REY	LIZETH PATRICIA LABA YANES
NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: Diana Catañeda Rey 52.167359	Fecha : Firma del Líder Servicio

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	52187359	DIANA MILENA CASTAÑEDA REY	CARRERA 94 N 75 A 26	3112225721	dimicam@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	0 – 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: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2020-11	2020-11	I	03/12/2020	46682072	$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	890903790-5	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

Escaneado con CamScanner