

	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA		Versión	3	
			Fecha de aprobación	15/02/2018	
			Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				MONTENEGRO ANGULO DIANA ISABEL									
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		51883948 DE BOGOTA				
CORREO ELECTRONICO:				dianatr24@hotmail.com				CELULAR:		3017112296			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SEDE KENNEDY					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				REHABILITACION				SEDE:		KENNEDY			
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		M07-KE10	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		Ahorros			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				45 70 70 06 76 91						PENSIONADO		No	

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS											
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:			2007 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 DE 3		
NÚMERO DE CDP		33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10199	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:			TERAPEUTA RESPIRATORIA								
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
					1	4	2018		30	4	2018
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$2.807.820							
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.											

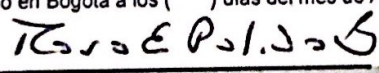
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$8.704.242
VALOR EJECUTADO	\$8.142.678
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.807.820
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$561.564
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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 \$1.953.105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

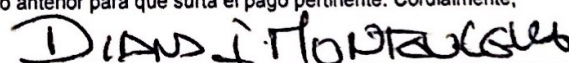
Número de Planilla	IBC DE COTIZACIÓN	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1011992815/1012500973	\$1.124.000,00	\$140.500	\$179.900	3	\$27.400	\$347.800

Dado en Bogotá a los () días del mes de ABRIL del año (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



ROSA ELVIRA PULIDO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS		Version	3	 ALCALÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. 1975
			Fecha de aprobación	03/04/2017	
			Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:		REHABILITACION	Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	2007-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	4	18		30	4	18
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO	C. C.	51.883.948			DE	BOGOTA	

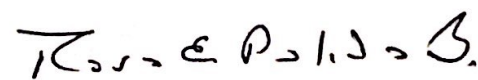
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Terapeuta Respiratoria de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☐ X

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna del E.S.E. que tenga relación con la ejecución del objeto del presente contrato. 2. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. 3. Oír con lealtad y buena fe en el desarrollo y ejecución del presente contrato, de acuerdo al código del buen gobierno y ética institucional y/o profesional. 4. Pagar sus aportes del sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada mes. 5. Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales. 6. Desarrollar una cultura autocentrista frente al cumplimiento de actividades de promoción, cuidado y uso racional de los recursos del Sistema Integrado de Gestión de la Subred Suroccidente relacionados con la gestión ambiental, seguridad y salud en el trabajo, gestión documental y archivo, Sistema Único de acreditación, Responsabilidad Social, Seguridad de la Información y Control Interno, acorde a las responsabilidades asignadas. 7. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de cooperación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el mejoramiento de la calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de información. 8. Cumplir con el desarrollo de las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la atención, Transformación cultural, Gestión clínica, excelencia y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 9. Cumplir con las políticas Gremiales, acuerdos institucionales, Protocolos éticos, Planes, Programas, Procesos y Procedimientos, definidos en el marco de operación de la Subred Suroccidente, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. 10. Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que allí lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas. 11. Preparar y presentar los informes solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas, dentro de los términos de la ley garantizando la veracidad, oportunidad y confiabilidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por esta, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contraídas. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al buen cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento que haga en el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa al buen nombre de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E. o de cualquiera de sus unidades de prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación unilateral del contrato, previo agotamiento del debido proceso. 15. En caso de ser designado supervisor de un contrato, realizar las gestiones necesarias tendientes al buen cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico mencionado, respondiendo fiscal, disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que este conlleve. 16. El CONTRATISTA, cuando exista una necesidad fundamental en el manejo de situaciones de emergencia donde tenga que intervenir el sector salud, debe garantizar la atención médica y apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica. 17. Desarrollar las demás actividades relacionadas con el objeto contraídas. <p>PARAGRAFO SEGUNDO. EL CONTRATISTA, autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y P.S.</p>	100	<ul style="list-style-type: none"> • Participando activamente en la atención de pacientes para los cuales se: evalúa y ejecuta el plan de tratamiento de los pacientes con y sin soporte ventilatorio. • Realiza toma, procesamiento y análisis de los gases sanguíneos que le sean solicitados. • Interpretación de radiografía de tórax. • Escoge según previa evaluación del paciente, el equipo de oxigenoterapia a usar. • Programa y modifica la asistencia ventilatoria de acuerdo con análisis previos y paraclinicos. • Realiza el cuidado de la vía aérea artificial o fisiológica como parte del tratamiento con: terapia respiratoria, micronebulizaciones, higiene y cuidados de traqueotomía, extubación, decanulación y demás actividades propias relacionadas con la profesión. • Participación activamente en el traslado de pacientes críticos a la toma de exámenes especiales controlando la vía aérea del paciente durante dicho examen. • Llena a cabalidad los formatos de historia clínica de acuerdo con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución, respaldando toda intervención con firma y sello. • Elaborar registros clínicos y estadísticas diarias y mensuales. • Velar por la adecuada y racional autorización de los recursos de la institución. • Anexar la constancia de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones y el pago de riesgos profesionales con el que se ejecuta el contrato mensualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registros de historia clínicas. • Interconsultas. • Censos de actividades. • Cobros de terapia (facturación). • Entrega y recibo de turno.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.807,820 (DOS MILLONES OCHOCIENTOS MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS MTE.)

 NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO C. 51883948 BOGOTÁ	 Fecha: ABRIL DEL 2018 ROSA ELVIRA PULIDO
---	--

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.



PAGOSIMPLE

AUTOLIQIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-04-11, 04:02:37 AM

Tipo Planilla:

I. PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 101192815

Periodo Cotización: abril de 2018

Periodo Servicio: abril de 2018

Referencia pago (PIN): 8888375210

PAGADO 10/04/2018 EN HORARIO EXTENDIDO

OS DEL APORTANTE

Social	DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO
ento	CC51883948
Empresa	INDEPENDIENTE
Persona	NATURAL
	CAJICA
ente Legal	MONTENEGRO ANGULO DIANA ISABEL
filados	1

ALLE DEL APORTANTE

n	Apellidos y Nombres	Tipo Cotización	Saldo Cotización	Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total
				NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	NOV	
1	DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO	99	99																												\$ 338,100

OTALES

Pensión	IBC Salud	\$ 1,086,000	IBC Riesgos	\$ 1,086,000	IBC Cajas	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 173,800	Aportes Salud	\$ 135,800	Aportes Riesgos	\$ 76,500	Aportes Cajas	\$ 0	Aportes Sma	\$ 0	Aportes ICBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Aportes Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	\$ 0	Incapiadades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 3,336,100	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 0	TOTAL FINAL	\$ 3,336,100
---------	-----------	--------------	-------------	--------------	-----------	------	-----------------	------------	---------------	------------	-----------------	-----------	---------------	------	-------------	------	--------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	------------------	------	--------------------------------	--------------	-------------------------	------	-------------	--------------

DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO
CC51 883948



Simple

PAGOSIMPLE

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2018-04-12, 08:42:48 AM Tipo Planilla: N. PLANILLA CORRECCIONES
Nro Planilla Corregida: 1011952815 Período Cotización: abril de 2018 Período Servicio: abril de 2018
Número Planilla: 1012500673 Referencia pago (PIN): 8889187790

PAGADO 12/04/2018

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO
Documento	CC51883948
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE
Tipo Persona	NATURAL
Ciudad	CAJICA
Representante Legal	MONTENEGRO ANGULO DIANA ISABEL
Total Afiliados	1

Dirección	CLL 3 N 13 160 TORRE 1 APTO 104 CAJICA
Teléfono	8833251
Forma Presentación	UNICO
Departamento	CUNDINAMARCA
Identificación	CC 51883948
ARP	ARP SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Identificación	Datos del Afiliado		Novedades										Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales		Total
	Apoles y Nombres	Tipo Cotización	Saldo Cotización	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
CC 51883948	DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO	99	00																				
CC 51883948	DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO	99	00																				

III. TOTALES

IBC Pensión	\$ 38.000	IBC Salud	\$ 38.000	IBC Riesgo	\$ 38.000	IBC Caja	\$ 0	Aportes Pensión	\$ 6.100	Aportes Salud	\$ 4.700	Aportes Riesgo	\$ 900	Aportes Caja	\$ 0	Aportes Sena	\$ 0	Aportes CBF	\$ 0	Aportes ESAP	\$ 0	Aportes Min Educación	\$ 0	Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor EPS	\$ 0	Incapacidades ARP	\$ 0	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	\$ 11.700	TOTAL INTERESES DE MORA	\$ 300	TOTAL FINAL	\$ 12.000
-------------	-----------	-----------	-----------	------------	-----------	----------	------	-----------------	----------	---------------	----------	----------------	--------	--------------	------	--------------	------	-------------	------	--------------	------	-----------------------	------	--	------	-------------------	------	--------------------------------	-----------	-------------------------	--------	-------------	-----------

DIANA MONTENEGRO
CC 51883948



COL SUBSIDIO
CAJICA

RENTUNTO SOPORTE

Model	PLANILLA SIMPLE RECAUDO
Art	300 097 333-9
Cantidad	20596
Importe	8888375210

Código Descripción	Cant	Valor
0089.1 - EL CEMENTO PLÁ	1	336100
		336100

DOCUMENTO



1804100004715952
CONSECUTIVO: 001

ABR 10, 18 18:10

14 mar 2018 18:12 1252 04 0098 3522138
(COPIA CLIENTE)

CUI SUBSIDIO
CAJCA

BOGOTÁ RETENEDOR DE IVA
NIT 860 007.336-1

Código	Descripción	Valor
690227	RECIBIDO PLANILLA S	336.100
	TOTAL --> \$	336.100
	EFFECTIVO	350.100
	CAMBIO	14.000

TOTAL ART. VENDIDOS = 0

ATENDIDO POR: PAULA GOMEZ

NUMERO DE BOLSAS: 0

197Hbr/2018 18.12 1252 04 0098 3522138

COL SUBSIDIO

CON TODA LO QUE TE MERECE

COLSUBSIDIO
ROMA

DOCUMENTO SOPORTE

NOMBRE	PLANILLA SIMPLE RECAUDO
NIT	900.097.333-9
CODIGO	20596
FORMULA	8889187790

Código	Descripción	Cant	Valor
693927	RECAUDO PLA	1	12000
			12000

DOCUMENTO



1804120007235427
CONSECUTIVO: 001

ABR 12, 18 08:34

12/Abr/2018 08:35 4500 07 0024 1030671
(COPIA CLIENTE)

Scanned with CamScanner