	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			9 DE 9				
NUMERO DE CDP	1598	FECHA	28/09/2018	NÚMERO DE CRP	41679	FECHA	30/09/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIA										
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO			
		1	10	2018		31	10	2018			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.807.820										
TIPO DE SERVICIOS	Asistencial	RESERVA DE GLOSA 2%									

OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE SEPTIEMBRE EL CUAL SE PAGO SOBRE EL 40 % DE $2,839,018 QUE CORRESPONDEN A 152 HORAS

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$26.112.726
VALOR EJECUTADO	$25.348.375
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.807.820
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$764.351
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1016149894	$1.136.000,00	$142.000	$181.800	3	$27.700	$351.500

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de OCTUBRE 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

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-03-FG-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	REHABILITACION				Sede: KENNEDY					
No. DE CONTRATO:	2007-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	10	2.018		31	10	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONTENEGRO ANGULO DIANA ISABEL		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 NO ____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
[illegible]	100	• 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 paraclínicos. • Realiza el cuidado de la vía aérea artificial o fisiológica como parte del tratamiento con: terapia respiratoria, micronebulizaciones, higiene y cuidados de traqueotomía, extubación, decanulacion 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 auditoria 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.	• 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 SIETE MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/C

DIANA I. MONTENEGRO

DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO C.C 51,883948 BOGOTA

OCTUBRE DEL 2018, ROSA ELVIRA PULIDO

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

Simple.

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2018-10-10, 04:22:13 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1016149894 **Referencia pago(PIN)** 8894751440

Cliente: **Periodo Cotización** 201809 **Periodo Servicio** 201809

I. DATOS DEL APORTANTE

PAGADA 2018-10-10

Razón Social	DIANA ISABEL MONTENEGRO ANGULO		
Documento	CC 51883948		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Dirección**	CLL 3 N 13 160 TORRE 1 APTO 104 CAJICA
Tipo Persona	NATURAL	**Teléfono**	8833251
Ciudad	CAJICA	**Forma Presentación**	ÚNICO — **Total Afiliados** 1
Representante Legal		**Departamento**	CUNDINAMARCA
		Identificación	

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 51883948		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					MONTENEGRO ANGULO DIANA ISABEL	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	S. Integral	Salario
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF			
															0	30	30	30	0			$ 1.136.000

Pensión							Salud						
Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	
25-14		16 %	$ 1.136.000	$ 181.800	$ 0	$ 0	EPS044		12.5 %	$ 1.136.000	$ 142.000	$ 0	

Riesgos					Caja				Parafiscales			
Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
14-18	1	2.436 %	$ 1.136.000	$ 27.700	[illegible]	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	ARP SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 181.800	$ 0	$ 0	$ 142.000	$ 27.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 351.500

Diana I. Montenegro
CC 51883948 MY

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 655 30 03 - Pereira: 313 93 00 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 -
¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

"El Ministerio de la Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en los decretos 2280 de 2005 y 1013 de 1998 por las Empresas Promotoras de Salud - EPS y Entidades Obligadas a Compensar - EOC que han superado el proceso de validación y cruce definidos en las normas y en las especificaciones técnicas; por lo tanto esta información se debe utilizar como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como único criterio para denegar la prestación de los servicios de salud a las personas. Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada, por favor remítase a la EPS o EOC y solicite la corrección de su información a fin de que esta remita la novedad correspondiente al Consorcio SAYP 2011 y está proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO
DATOS EN RESOLUCIÓN 2309

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EPS AFILIACIÓN
No records to display.							

DATOS EN RESOLUCIÓN 2280

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EPS AFILIACIÓN
No records to display.							

DATOS EN RESOLUCIÓN 4023

TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	EPS AFILIACIÓN	ESTADO AFILIACIÓN
CC	51883948	MONTENEGRO	ANGULO	DIANA	ISABEL	2017-07	CAFESALUD E.P.S.	COTIZANTE
CC	51883948	MONTENEGRO	ANGULO	DIANA	ISABEL	2018-08	MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	COTIZANTE
CC	51883948	MONTENEGRO	ANGULO	DIANA	ISABEL	2015-11	SALUDCOOP E.P.S.	COTIZANTE

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / IPS	PERÍODO COMPENSADO	FECHA DE AFILIACIÓN	DÍAS	ESTADO AFILIACIÓN	NORMA
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	08/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	07/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	06/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	05/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	04/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	03/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023
MEDIMAS EPS S.A.S. CONTRIBUTIVO	02/2018	01/08/2017	30	COTIZANTE	4023