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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZUÑIGA PEÑA MARIA ANGELICA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	1032450399 DE BOGOTA						
CORREO ELECTRONICO:	maria.zuniga@urosario.edu.co				CELULAR:	3163896756						
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:	BANCO CAJA SOCIAL				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24052058640								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENC	2015 vigencia 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			19 DE 19			
NÚMERO DE CDP		FECHA		NÚMERO DE CRP		FECHA				
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA RESPIRATORIO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	12	2018		31	12	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2.995.008									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES: Se anexa pago de seguridad social del mes de diciembre el cual se pago sobre el 40% de $ 3.837.354 pesos correspondientes a 246 horas.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$ 43.661.601
VALOR EJECUTADO	$41.836.518
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2.995.008
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.825.083
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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
8486764006-8486841566	$1.534.941,00			3		$474.900

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Diciembre del año Dos mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertienente. Cordialmente,

ROSA ELVIRA PULIDO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MARIA ANGELICA ZUÑIGA PEÑA
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	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD
		Fecha de aprobación	15/02/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

Ubicación del Servicio:	REHABILITACION		**Sede: KENEDY**						
No. DE CONTRATO:	2015 de 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	12	2.018		31	12	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ZUÑIGA PEÑA MARIA ANGELICA		**C. C.**	1.032.450.399			**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
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. El CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: 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. Obrar 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 autocontrol 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, Auditoria 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 tensión, Transformación cultural, Gestión clínica excelente 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 Gerenciales, 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 allá 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 confidencialidad de los mismos. 12. Asistir y aprobar los procesos de actualización, presenciales y virtuales, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por este, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contra actuales. 13. Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presentes en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el buen nombre 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 cabal cumplimiento técnico, administrativo y financiero del negocio jurídico enmendado, respondiendo fiscal disciplinaria y penalmente por el manejo de los recursos y actividades que ello conlleve. 16. EL CONTRATISTA cuando exista una necesidad fundamental en el marco 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 contra actual. PARAGRAFO SEGUNDO. EL CONTRATISTA autoriza al CONTRATANTE a solicitar información sobre el estado de cuenta al Fondo de Pensiones y E.P.S.	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): 2.995.008 Dos millones novecientos noventa y cinco mil ocho pesos

Angelica Z

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: MARIA ANGELICA ZUÑIGA PEÑA - CC 1032450399

Rosa E. Pulido S

Fecha : Diciembre 2018 Firma de recibido supervisor: ROSA ELVIRA PULIDO- PROFESIONAL UNIVERSITARIO

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032450399		ZUÑIGA PEÑA MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 56 N 152 -37 APTO 102 INT 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6036231	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11		8486841566	N	2018/12/24			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing ret tde tae tdp tap vsp cor vst sln ige lma vac avp vct irl vtp	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$411,813	$65,800			$411,813	$51,500			$0	$0			$411,813	$10,600		$0	$0		$127,300
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$411,813	$65,800			$411,813	$51,500			$0	$0			$411,813	$10,000		$0	$0		$127,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$411,813	$65,800			$411,813	$51,500			$0	$0			$411,813	$10,000		$0	$0		$127,300
1	CC	1032450399 ZUÑIGA MARIA	A X	25-14	30	($1,123,128)	($179,800)	EPS005	30	($1,123,128)	($140,400)		0	$0	$0	14-28	30	($1,123,128)	($27,400)	0	$0	$0	No	($347,600)
2	CC	1032450399 ZUÑIGA MARIA	C X	25-14	30	$1,534,941	$245,600	EPS005	30	$1,534,941	$191,900		0	$0	$0	14-28	30	$1,534,941	$37,400	0	$0	$0	No	$474,900
Total	Afiliados(1)					$411,813	$65,800			$411,813	$51,500			$0	$0			$411,813	$10,000		$0	$0		$127,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032450399		ZUÑIGA PEÑA MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 56 N 152 -37 APTO 102 INT 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6036231	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11		8486841566	N	2018/12/24			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$65,800	$0	$0	$65,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$65,800	$0	$0	$65,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$0	$0	$10,000
ARP SURA (ANTES SURA EP)	14-28	800,256,161	9	1	$10,000	$0	$0	$10,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$51,500	$0	$0	$51,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$51,500	$0	$0	$51,500
TOTAL				1	$127,300	$0	$0	$127,300

Angelica
CC1032450399

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032450399		ZUÑIGA PEÑA MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 56 N 152 -37 APTO 102 INT 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6036231	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	50486951	8486764006	I	2018/12/24	2018/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$347,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES	PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				Total Aportes
No.	Identificación	Nombre	ingretitdetaestcotaptvspcorvstsleinige lmavacavpvctirivip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0		$347,600
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0		$347,600
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0		$347,600
1	CC	1032450399	ZUÑIGA MARIA X	25-14	30	$1,123,128	$179,800	EPS005	30	$1,123,128	$140,400		0	$0	$0	14-28	30	$1,123,128	$27,400	0	$0	$0	No	$347,600
Total Afiliados(1)						$1,123,128	$179,800			$1,123,128	$140,400			$0	$0			$1,123,128	$27,400		$0	$0		$347,600

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1032450399		ZUÑIGA PEÑA MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 56 N 152 -37 APTO 102 INT 6	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6036231	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-11	50486951	8486764006	I	2018/12/24	2018/12/10	BANCO DE OCCIDENTE	0	$347,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$179,800	$0	$0	$179,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$179,800	$0	$0	$179,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,400	$0	$0	$27,400
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$27,400	$0	$0	$27,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$140,400	$0	$0	$140,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,400	$0	$0	$140,400
TOTAL				1	$347,600	$0	$0	$347,600

Angelica M
CC1032450399

2018/12/11 11:28 PM

El Ministerio de Salud y Protección Social comunica que la información dispuesta en esta consulta contiene los datos reportados conforme a las fechas definidas en el Decreto 780 de 2016 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 a la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES y ésta proceda a la actualización en las bases de datos."

CONSULTA AFILIADO COMPENSADOS
DATOS EN DECRETO 780 DE 2016

INFORMACIÓN BÁSICA DEL AFILIADO

TIPO ID	NÚMERO DE DOCUMENTO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	ULTIMO PERÍODO COMPENSADO	EPS / EOC	TIPO AFILIACION
CC	1032450399	ZUIGA	PEA	MARIA		2018-02	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE
CC	1032450399	ZUIGA	PEA	MARIA	ANGELICA	2018-10	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE
CC	1032450399	ZUÑIGA	PEÑA	MARIA	ANGELICA	2017-04	E.P.S. SANITAS	COTIZANTE
CC	1032450399	ZUÑIGA	PEÑA	MARIA	ANGELICA	2015-04	E.P.S. SANITAS	BENEFICIARIO

INFORMACIÓN DE PERÍODOS COMPENSADOS

EPS / EOC	PERIODOS COMPENSADOS	DIAS COMPENSADOS	TIPO AFILIADO
E.P.S. SANITAS	10/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	09/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	08/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	07/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	06/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	05/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	04/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	03/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	02/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	01/2018	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	12/2017	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	11/2017	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	10/2017	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	09/2017	30	COTIZANTE
E.P.S. SANITAS	08/2017	30	COTIZANTE

Anexo 2 CC 1032450399