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
Fecha de aprobación	31/03/2017
Código	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA												
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONICA ANDREA RUIZ CERVERA											
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	52.989.749						
CORREO ELECTRONICO:	moniand_9@hotmail.com				CELULAR:	3138531096						
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					KENNEDY							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	PATOLOGIA				SEDE:	KE10						
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
	L01	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:	DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:	AHORROS						
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	000570119503								PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	No 2234 -2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			3 de 3			
NÚMERO DE CDP	33	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	10427	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	PATOLOGO									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	4	2018		30	4	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$8.937.135									
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%								

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALORES**
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$26.811.405
VALOR EJECUTADO	$26.811.405
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$8.937.135
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 **minimo** 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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8477815121	$3.575.000,00	$446.875	$572.000	3	$87.087	**$1.105.962**

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de Abril del año Dos Mil Diez y ocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

LUDDY MARTIN BACCI
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

MONICA ANDREA RUIZ CERVERA
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	03/04/2017
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	**PATOLOGIA**				**Sede: KENNEDY**				
No. DE CONTRATO:	**2234 - 2018**	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	4	2.018		30	4	2.018
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONICA ANDREA RUIZ CERVERA		**C. C.**		52.989.749		**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 PATOLOGO de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA El contratista el contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades Especificas (conforme a las contendas al requerimiento) Generales además de las anteriores y sin perjuicio de su autonomía el CONTRATISTA tendrá las siguientes obligaciones 1 Cumplir con las leyes decretos acuerdos resoluciones circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno código o directriz interna de la 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 hubiera 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 Al Sistema General de Seguridad Social Integrada durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales y establecidos y de los 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 de autocontrol frente al cumplimiento de actividades de promoción cuidado y uso racional de los recursos del sistema integrado de gestión de la Subred Surocciidente 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 el desarrollo dela responsabilidades asignadas 7 Contribuir con el mantenimiento y mejora del sistema obligatorio de garantía de la calidad institucional dentro del desarrollo de las responsabilidades asignadas en el marco de operación 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 atención transformación cultural gestión clínica excelente y segura gestión de la tecnología atención centrada en el usuario y responsabilidad social acorde al desarrollo del as responsabilidades asignadas 9 Cumplir con las políticas gerenciales, acuerdos institucionales protocolos éticos planes programas procesos y procedimientos definidos en el marco de la operación la subred surocciidente acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas 10 Ejecutar en las acciones preventivas y o correctivas y o plan de mejoramiento a que haya 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 contractuales 13 Realizar todas aquellas actividades necesarias pendientes al cabal 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 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 Sur Occidente 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 pendientes 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 misma de la misión médica	100	• Descripción macroscópica y análisis, elaboración de informe final, revisados y validados en el aplicativo SICHOK. • Aclaración de diagnósticos en casos requeridos • Asistencia a la reunión mensual administrativa del servicio	• informe final de 456 casos, revisados y validados en el aplicativo SICHOK.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): OCHO MILLONES NOVECIENTOS TREINTA Y SIETE MIL CIENTO TREINTA CINCO PESOS (8.937.135)

NOMBRE COMPLETO CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA

MONICA ANDREA RUIZ CERVERA CC 52.989.749

Fecha -- / 4 / 2018 Firma de recibido supervisor _

LUDDY MARTIN BACCI

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52989749		RUIZ CERVERA MONICA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 # 63D - 54	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4363291	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pension	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-04	2018-04	325742074	8477815121	I	2018/04/11	2018/04/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,163,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificacion	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,575,000	$607,800			$3,575,000	$446,900			$3,575,000	$21,500			$3,575,000	$87,100		$3,575,000	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,575,000	$607,800			$3,575,000	$446,900			$3,575,000	$21,500			$3,575,000	$87,100		$3,575,000	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,575,000	$607,800			$3,575,000	$446,900			$3,575,000	$21,500			$3,575,000	$87,100		$3,575,000	$0
1	CC 52989749	RUIZ MONICA	25-14	30	$3,575,000	$607,800	EPS001	30	$3,575,000	$446,900	CCF24	30	$3,575,000	$21,500	14-28	30	$3,575,000	$87,100	30	$3,575,000	$0
Total Afiliados(1)					$3,575,000	$607,800			$3,575,000	$446,900			$3,575,000	$21,500			$3,575,000	$87,100		$3,575,000	$0

Mónica Andrea Ruiz Cervera.
CC: 52989749 de Bogota

2018/04/01 05:51 PM

MÓNICA ANDREA RUIZ CERVERA
NIT. 52.989.749-1
Carrera 71 No. 63D-54 Bogotá, D.C.
Res. DIAN No. 18762006862200 Fecha: 2018/02/10
Autoriza del 1 al 100
Actividad Económica 8621

FACTURA DE VENTA
Nº 6

Fecha: 04/2018

Nombre: Subred Servicios de Salud Suroccidente ESE **Nit.** 900959048-4

Dirección: Calle 9 # 39-46 **Tel.** 7560505

DESCRIPCIÓN:	**VALOR $**	8.937.135
Honorarios Medicos correspondientes al mes de Abril de 2018 en el Area de Patologia		
SON: Ocho Millones novecientos treinta y siete mil ciento treinta cinco pesos M/cte	**TOTAL $**	8.937.135