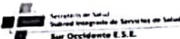
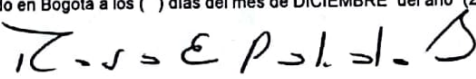
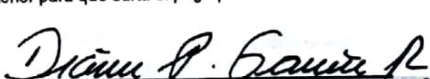


|                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
|                                                                   |                       | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> |                                                                                                                                                             | Versión: <b>3</b><br>Fecha de aprobación: <b>16/02/2018</b><br>Código: <b>04-02-FO-0003</b> |  |                  |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                 |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                            |                       | <b>DIANA PATRICIA GARCIA RUIZ</b>                                                                                            |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                 |                       | C.C. <input checked="" type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>                            | NO. <b>52021298</b>                                                                                                                                         |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                |                       | <b>dianapatria10@yahoo.com</b>                                                                                               |                                                                                                                                                             | CELULAR: <b>3007304971</b>                                                                  |                                                                                     |                  |
| UNIDAD DE PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                        |                       | <b>SEDE KENNEDY</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                            |                       | <b>REHABILITACION</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                             | SEDE: <b>KENNEDY</b>                                                                        |                                                                                     |                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                  |                       | Centro de costo                                                                                                              | %                                                                                                                                                           | Centro de costo                                                                             | %                                                                                   |                  |
|                                                                                                                                                    |                       | <b>M07 -KE10</b>                                                                                                             | <b>100%</b>                                                                                                                                                 |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                |                       | <b>DAVIVIENDA</b>                                                                                                            |                                                                                                                                                             | TIPO DE CUENTA: <b>Ahorros</b>                                                              |                                                                                     |                  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA:                                                                                                                         |                       | <b>570107938</b>                                                                                                             |                                                                                                                                                             | PENSIONADO <b>No</b>                                                                        |                                                                                     |                  |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                    |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                     |                       | <b>2019 - 2018</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                             | N° DE PAGOS DEL CONTRATO <b>11 DE 12</b>                                                    |                                                                                     |                  |
| NÚMERO DE CDP:                                                                                                                                     |                       | FECHA:                                                                                                                       | NÚMERO DE CRP:                                                                                                                                              | FECHA:                                                                                      |                                                                                     |                  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                               |                       | <b>TERAPEUTA RESPIRATORIA</b>                                                                                                |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                               |                       | DESDE                                                                                                                        | DÍA                                                                                                                                                         | MES                                                                                         | AÑO                                                                                 |                  |
|                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                              | <b>1</b>                                                                                                                                                    | <b>12</b>                                                                                   | <b>2018</b>                                                                         |                  |
|                                                                                                                                                    |                       | HASTA                                                                                                                        | DÍA                                                                                                                                                         | MES                                                                                         | AÑO                                                                                 |                  |
|                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                              | <b>31</b>                                                                                                                                                   | <b>12</b>                                                                                   | <b>2018</b>                                                                         |                  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                        |                       | <b>\$2.807.820</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                  |                       | <b>Asistencial</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                             | RESERVA DE GLOSA 2%                                                                         |                                                                                     |                  |
| OBSERVACIONES: Se Anexa pago de seguridad social del mes de NOVIEMBRE el cual se pago sobre el 40% de \$2.807.820 correspondiente a 180 horas.     |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                           |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| CONCEPTO                                                                                                                                           |                       | VALORES                                                                                                                      |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                            |                       | <b>\$33.366.261</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                    |                       | <b>\$31.260.396</b>                                                                                                          |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                       |                       | <b>\$2.807.820</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                    |                       | <b>\$0</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                 |                       | <b>\$2.105.865</b>                                                                                                           |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                            |                       | <b>93%</b>                                                                                                                   |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                            |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
|                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| Número de Planilla                                                                                                                                 | IBC DE COTIZACION     | APORTE A SALUD 12.5% IBC                                                                                                     | APORTE PENSION 16%                                                                                                                                          | NIVEL ARL                                                                                   | APORTE ARL                                                                          | TOTAL APORTES    |
| <b>8486322100</b>                                                                                                                                  | <b>\$1.198.003,00</b> | <b>\$149.800</b>                                                                                                             | <b>\$191.700</b>                                                                                                                                            | <b>3</b>                                                                                    | <b>\$29.200</b>                                                                     | <b>\$370.700</b> |
| Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de DICIEMBRE del año (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                    |                       |                                                                                                                              |                                                                                                                                                             |                                                                                             |                                                                                     |                  |
| <br><b>ROSA ELVIRA PULIDO</b><br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: |                       |                                                                                                                              | <br><b>Diana Patricia Garcia Ruiz</b><br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |                                                                                             |                                                                                     |                  |

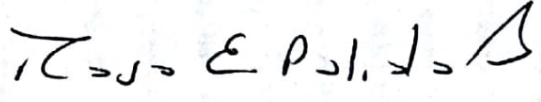
|                                                                                                                                                                        |                                                                    |                     |               |                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                                        |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/2017    |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                        |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                                                      |

|                         |                            |                              |     |     |               |            |     |     |        |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------|-----|-----|---------------|------------|-----|-----|--------|
| Ubicación del Servicio: | REHABILITACION             |                              |     |     | Sede: KENNEDY |            |     |     |        |
| No. DE CONTRATO:        | SO-2019 - 2018             | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año           | a          | Día | Mes | Año    |
|                         |                            |                              | 1   | 12  | 18            |            | 31  | 12  | 18     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DIANA PATRICIA GARCIA RUIZ |                              |     |     | C. C.         | 52.021.298 |     | 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 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><b>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades:</b> 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directiva 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, 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 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 alía 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 presenten en la ejecución de las responsabilidades asignadas. 14. EL CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E., que comprometa el 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 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 conlleva. 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.</p> | 100        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• Realiza toma, procesamiento y análisis de los gases sanguíneos que le sean solicitados.</li> <li>• Interpretación de radiografía de tórax.</li> <li>• Escoge según previa evaluación del paciente, el equipo de oxigenoterapia a usar.</li> <li>• Programa y modifica la asistencia ventilatoria de acuerdo con análisis previos y paracálculos.</li> <li>• 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.</li> <li>• Participación activamente en el traslado de pacientes críticos a la toma de exámenes especiales controlando la vía aérea del paciente durante dicho examen.</li> <li>• 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.</li> <li>• Elaborar registros clínicos y estadísticas diarias y mensuales.</li> <li>• Velar por la adecuada y racional autorización de los recursos de la institución.</li> <li>• 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.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de historia clínicas.</li> <li>• Interconsultas.</li> <li>• Censos de actividades.</li> <li>• Cobros de terapia (facturación).</li> <li>• Entrega y recibo de turno.</li> </ul> |

|                                                                                                                           |                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBSERVACIONES:                                                                                                            |                                                                                                            |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.807.820 (DOS MILLONES OCHOCIENTOS SIETE MIL OCHOCINTOS VEINTE PESOS MONEDA CORRIENTE). |                                                                                                            |
| <br>DIANA PATRICIA GARCIA RUIZ         | <br>ROSA ELVIRA PULIDO |

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                            |                 |                    |                    |                     |                    |                       |           |
|-----------------------------------|---------|----------------------------|-----------------|--------------------|--------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| Identificación                    | de      | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección          | Ciudad-Departamento | Teléfono           | Exonerado SENA e ICBF |           |
| CC 52031298                       |         | GARCIA RUIZ DIANA PATRICIA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | CRA 7 G N 146 - 70 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 4723259            | No                    |           |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                            |                 |                    |                    |                     |                    |                       |           |
| Periodo                           | Salud   | Clave                      | Planilla        | Tipo               | Fecha              | Pago                | Banco              | Días Mora             | Valor     |
| 2018-11                           | 2018-11 | 47867649                   | 8446322100      | I                  | 2018/12/24         | 2018/12/05          | BANCO DE OCCIDENTE | 0                     | \$370,700 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |              |      |             |             |           |      |             |             |           |      |     |        |        |      |             |          |          |         |     |        |        |      |              |        |  |  |  |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|--------------|------|-------------|-------------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|--------|------|-------------|----------|----------|---------|-----|--------|--------|------|--------------|--------|--|--|--|
| EMPLEADO                                         |                |          |              |      | PENSION     |             |           |      |             | SALUD       |           |      |     |        | CCF    |      |             |          |          | RIESGOS |     |        |        |      | PARAFISCALES |        |  |  |  |
| Nº.                                              | Identificación | Nombres  | Código       | Días | IBC         | Aporte      | Código    | Días | IBC         | Aporte      | Código    | Días | IBC | Aporte | Código | Días | IBC         | Aporte   | Código   | Días    | IBC | Aporte | Código | Días | IBC          | Aporte |  |  |  |
| SUCURSAL PRINCIPAL ( 1 Afiliados)                |                |          |              |      |             | \$1,197,996 | \$191,700 |      |             | \$1,197,996 | \$149,800 |      |     | \$0    | \$0    |      |             | \$0      | \$29,200 |         |     | \$0    | \$0    |      |              | \$0    |  |  |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |              |      |             | \$1,197,996 | \$191,700 |      |             | \$1,197,996 | \$149,800 |      |     | \$0    | \$0    |      |             | \$0      | \$29,200 |         |     | \$0    | \$0    |      |              | \$0    |  |  |  |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |              |      |             | \$1,197,996 | \$191,700 |      |             | \$1,197,996 | \$149,800 |      |     | \$0    | \$0    |      |             | \$0      | \$29,200 |         |     | \$0    | \$0    |      |              | \$0    |  |  |  |
| 1                                                | CC             | 52031298 | GARCIA DIANA | 30   | \$1,197,996 | \$191,700   | EP5005    | 30   | \$1,197,996 | \$149,800   | 0         |      | \$0 | \$0    | 14-28  | 30   | \$1,197,996 | \$29,200 | 0        |         | \$0 | \$0    |        |      | \$0          |        |  |  |  |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |              |      |             | \$1,197,996 | \$191,700 |      |             | \$1,197,996 | \$149,800 |      |     | \$0    | \$0    |      |             | \$0      | \$29,200 |         |     | \$0    | \$0    |      |              | \$0    |  |  |  |

PAGADO

Diana P. García