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	2	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	31/03/2017	
		Código:	04-02-FO-0002	

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	%
	KE10L01	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:	2528-2019			N° DE PAGOS DEL CONTRATO		6 de 6	
NÚMERO DE CDP	820	FECHA	25/06/2019	NÚMERO DE CRP	29820	FECHA	30/06/2019
OBJETO DEL CONTRATO:	PATOLOGO						

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
		1	7	2019		31	7	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10.724.042							
TIPO DE SERVICIOS	ASISTENCIAL	RESERVA DE GLOSA 2%						

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$65.198.231
VALOR EJECUTADO	$65.198.231
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10.724.042
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 **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.070.290, 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
8494139511	$4.289.616,00	$536.202	$686.339	3	$104.495	$1.327.036

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de Julio del año Dos Mil Diez y nueve (2019). 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

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	**PATOLOGIA**		**Sede: KENNEDY**						
No. DE CONTRATO:	2528-2019	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	7	2.019		31	7	2.019
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 ____ NO ____ Servicios: SI X 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 contenidas 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 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 al 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 suroccidente, 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 macroscòpica y análisis, elaboración de informe final, revisados y validados en el aplicativo Suresoc. • Aclaración de diagnósticos en casos requeridos • Asistencia a la reunión mensual administrativa del servicio	• informe final de 482 casos, revisados y validados en el aplicativo Sureso.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):DIEZ MILLONES SETECIENTOS VEINTE CUATRO MIL CERO CUARENTA Y DOS PESOS (10.724.042)

NOMBRE COMPLETO,CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
MONICA ANDREA RUIZ CERVERA CC. 52.989.749

Fecha : -- / 7 / 2019 Firma de recibido supervisor:_
LUDDY MARTIN BACCI

en línea

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.	4959383	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2019-06	2019-06	464068620	8494139511	I	2019/07/11	2019/07/02	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,428,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52989749	RUIZ MONICA	25-14	30	$4,390,200	$746,500	EPS001	30	$4,390,200	$548,800	CCF24	30	$4,390,200	$26,400	14-11	30	$4,390,200	$107,000	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$4,390,200	$746,500			$4,390,200	$548,800			$4,390,200	$26,400			$4,390,200	$107,000		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$746,500	$0	$0	$746,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$746,500	$0	$0	$746,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$107,000	$0	$0	$107,000
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$107,000	$0	$0	$107,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$26,400	$0	$0	$26,400
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$26,400	$0	$0	$26,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$548,800	$0	$0	$548,800
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$548,800	$0	$0	$548,800
TOTAL				**1**	**$1,428,700**	**$0**	**$0**	**$1,428,700**

Monica Andrea Ruiz Cervera
CC: 52.989.749.

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 38

Fecha: 07/2019

Nombre: Subred de Servicios de Salud Sur Occidente **Nit.** 900959048-4

Dirección: Calle 9 # 39-46 **Tel.** 7660505

DESCRIPCIÓN: Honorarios médicos correspondientes al mes de Julio de 2019 en el Área de Patología

VALOR $ 10.724.042

SON: Diez millones setecientos veinte cuatro mil cero cuarenta y dos pesos m/cte **TOTAL $** 10.724.042