

	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	

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				7 de 7	
NÚMERO DE CDP		1017		FECHA	25/07/2019		NÚMERO DE CRP		34529		FECHA	31/07/2019	
OBJETO DEL CONTRATO:				PATOLOGO									
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
					1	8	2019		31	8	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:	\$75.922.273
VALOR EJECUTADO	\$75.922.273
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$10.724.042
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

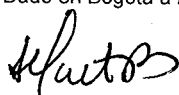
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

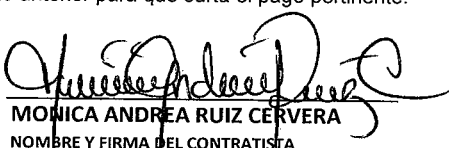
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
8495330766	\$4.289.616,00	\$536.202	\$686.339	3	\$104.495	\$1.327.036

Dado en Bogotá a los ____ días del mes de Agosto 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

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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

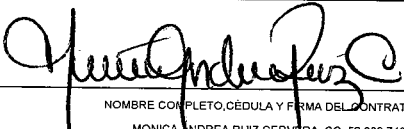
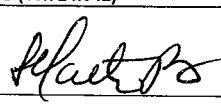
Ubicación del Servicio:	PATOLOGIA		Sede: KENNEDY						
No. DE CONTRATO:	2528-2019	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	8	2019		31	8	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	MONICA ANDREA RUIZ CERVERA		C. C.	52.989.749		DE	BOGOTA		
OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera 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 ☒ NO ☐

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
<p>OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA: El contratista: el contratista se obliga para el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: Específicas: (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 de las 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, 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 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 hiciera 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.</p>	100	<ul style="list-style-type: none"> Descripción macroscópica 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 	<ul style="list-style-type: none"> informe final de 434 casos, revisados y validados en el aplicativo Suresoc.

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: 18/04/2019 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.

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52989749		RUIZ CERVERA MONICA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 71 # 63D - 54	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	4959383	N6

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo	Clave	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Valor
2019-07	477692055	8495330766	I		2019/08/13	2019/08/05	\$1,428,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	
1	CC 52989749	RUIZ MONICA	25-14	30	\$4,390,200	\$746,500	EP5001	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)								
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$746,500	\$0	\$0	\$746,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)								
ARL SU-RA	14-11	890,903,790	5	1	\$107,000	\$0	\$0	\$107,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)								
COMPENSAR	CCF74	860,066,942	7	1	\$26,400	\$0	\$0	\$26,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)								
ALIANSA EPS (ANTES COLMEDICA)	EP5001	830,113,831	0	1	\$548,800	\$0	\$0	\$548,800
TOTAL				1	\$1,428,700	\$0	\$0	\$1,428,700

Monica Andree Ruiz Cervera

CC: 52989749

[Firma]

[Firma]

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

41

Fecha: 08/2019

Nombre: Subred de Servicios de Salud Sorocadente

Nit. 900959048-4

Dirección: Calle 9 # 39-46

Tel. 7860505

DESCRIPCIÓN: Honorarios médicos correspondien-
tes al mes de Agosto de 2019 en el
Área de Patología.

VALOR \$ 10.724.042

SON: Diez millones setecientos veinte cuatro
mil cero cuarenta y dos pesos m/c

TOTAL \$ 10.724.042