

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		PAULA ALEXANDRA URREA MORALES										
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E		NO.		1016062510				
CORREO ELECTRONICO:		PAULAMORALES719@GMAIL.COM				CELULAR:		3123357750				
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-KE 10	100										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		570462470087026						PENSIONADO				

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		3555-2019		N° DE PAGOS DEL CONTRATO		1 DE 1			
NÚMERO DE CDP	165	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP	15177	FECHA	31/01/2019		
OBJETO DEL CONTRATO:		PROFESIONAL EN TERAPIA RESPIRATORIA							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO
			1	2	2019		28	2	2019
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$2.636.592							
TIPO DE SERVICIOS		ASISTENCIAL		RESERVA DE GLOSA 2%					

OBSERVACIONES: SE ANEXA PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO EL CUAL SE PAGO SOBRE EL 40% DE 1,102,000, ADICIONANDO UN VALOR DE 22,200 PARA CAJA DE COMPENSACION.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

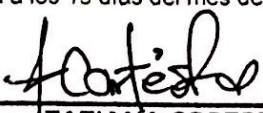
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$8.757.252
VALOR EJECUTADO	\$2.636.592
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$2.636.592
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$6.120.660
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	30%

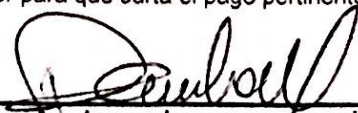
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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
32562312	\$1.102.000	\$138.000	\$176.600	3	\$27.000	\$341.600

Dado en Bogotá a los 15 días del mes de febrero del año Dos Mil diecinueve Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


TATIANA CORTES
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:


paula alexandra urrea morales
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

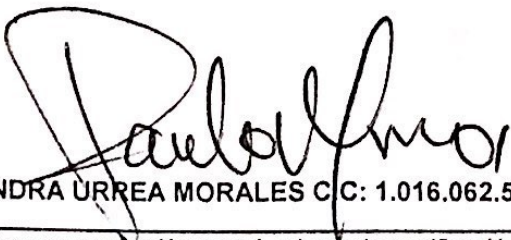
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA. EL CONTRATISTA se obliga con el CONTRATANTE a realizar las siguientes actividades: 1. Cumplir las leyes, decretos, acuerdos, resoluciones, circulares de cualquier órgano externo o reglamento interno, código o directriz interna del E.S.E que tenga relación con la ejecución 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, 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 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 hiere 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, decanulación 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 auditoría 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.

OBSERVACIONES: SE ANEXA SOPORTE DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 2.636,692 DOS MILLONES SEISCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS NOVEINTA Y DOS PESOS



PAULA ALEXANDRA URREA MORALES C.C: 1.016.062.510 DE BOGOTA



TATIANA CORTES

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

DATOS DEL APORTANTE										DATOS DE LA PLANILLA				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD				PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA
CC	10160625-10	PAULA ALEXANDRA URREA MORALES	KR 81 B # 19 B - 50	4781721	paulamoraless719@gmail.com									
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO					PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ D.C.					2019-01	2019-01	I	06/02/2019	32562312

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD										No. Afiliados			
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	137.800	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	1	200	0	138.000	1

TOTALES PENSION												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224608-8	176.400	0	0	0	0	1	200	0	176.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES														
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
14-11	ARL SURA	880903790-5	26.900				26.900	1	100	27.000		269	27.000	1

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