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 |
| 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 | % |
| | 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: | 2522-2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | 1 de 3 | | | | |
| NÚMERO DE CDP | 30 | FECHA | 8/01/2021 | NÚMERO DE CRP | 12917 | FECHA | 31/01/2021 | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PATOLOGO | | | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO | | |
| | | 1 | 2 | 2021 | | 28 | 2 | 2021 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $11.131.614 | | | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | ASISTENCIAL | RESERVA DE GLOSA 2% | | | | | | | | |

OBSERVACIONES: EXPUESTO PARA EL MANEJO DE MUESTRAS COVID-19

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO | |
|---|---|
| CONCEPTO | VALORES |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $33.394.842 |
| VALOR EJECUTADO | $11.131.614 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $11.131.614 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $22.263.228 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 33% |

**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 $2.271.315, 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9415560121 | $4.452.645,00 | $556.581 | $712.423 | 3 | $108.466 | $1.377.470 |

Dado en Bogotá a los ___ días del mes de febrero del año Dos Mil veinte uno (2021). 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

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

# INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | |
|---|---|
| Versión | 2 |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017 |
| Código | 04-02-FO-0003 |

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTA D.C.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ubicación del Servicio: | PATOLOGIA | | | | | Sede: KENNEDY | | | |
| No. DE CONTRATO: | 2522 - 2021 | Periodo certificado desde el | Día | Mes | Año | a | Día | Mes | Año |
| | | | 1 | 2 | 2.021 | | 28 | 2 | 2.021 |
| 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 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 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 macroscópica y análisis, elaboración de informe final, revisados y validados en el aplicativo Suresoc.<br><br>• Aclaración de diagnósticos en casos requeridos<br>• Asistencia a la reunión mensual administrativa del servicio | • informe final de 231 casos, revisados y validados en el aplicativo Dinamica. |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras):ONCE MILLONES CIENTO TREINTA Y UN MIL SEIS CIENTOS COTORCE PESOS (11.131.614)

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

Fecha : – / 02 / 2021 Firma de recibido supervisor:_
LUDDY MARTIN BACCI

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. | 4959383 | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-01 | 2021-01 | 875120193 | 9415560121 | I | 2021/02/10 | 2021/01/29 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $1,422,400 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 52989749 | RUIZ MONICA | 25-14 | 30 | $4,453,200 | $757,200 | EPS001 | 30 | $4,453,200 | $556,700 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $4,453,200 | $108,500 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $4,453,200 | $757,200 | | | $4,453,200 | $556,700 | | | $0 | $0 | | | $4,453,200 | $108,500 | | $0 | $0 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $757,200 | $0 | $0 | $757,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $757,200 | $0 | $0 | $757,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $108,500 | $0 | $0 | $108,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $108,500 | $0 | $0 | $108,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $556,700 | $0 | $0 | $556,700 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $556,700 | $0 | $0 | $556,700 |
| TOTAL | | | | 1 | $1,422,400 | $0 | $0 | $1,422,400 |

Mónica Andrea Ruiz Cervera
CC: 52989749 Bogotá



2021/01/29 11:06 AM

**DOCUMENTO EQUIVALENTE No 6 / 2020**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**MÓNICA ANDREA RUIZ CERVERA**

**C.C 52.989.749 DE BOGOTA**

La suma de 11.131.614 concepto de: Prestación de servicios como Médico Patólogo durante el periodo de 01 al 28 de Febrero de 2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2522-2021.

**MÓNICA ANDREA RUIZ CERVERA**

**C.C.52.989.749 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570000570119503**

Espacio para
Logo Corporativo

**MONICA ANDREA RUIZ CERVERA**
NIT 52.989.749-
CARRERA 71 # 63 D 54
Tel: (031) 3138531096
Bogotá - Colombia
moniand_9@hotmail.com

Factura electrónica de venta
**No. MD-13**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Señores** | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE | | | **Fecha y hora Factura** | |
| **NIT** | 900.959.048-4 | **Teléfono** | (031) 7560505 | **Generación** | 10/02/2021, 12:06 |
| **Dirección** | CALLE 9 # 39-46 | **Ciudad** | Bogotá - Colombia | **Expedición** | 10/02/2021, 12:06 |
| | | | | **Vencimiento** | 10/02/2021 |

| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| 1 | Honorarios médicos correspondientes al mes de febrero de 2021 en el área de patologia | 1.00 | 9,907,136.46 |

Elaborado y enviado electrónicamente por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

**Valor en Letras:**
Nueve millones novecientos siete mil ciento treinta y seis pesos m/cte con 0.46

| | |
|---|---|
| **Total Bruto** | 11,131,614.00 |
| Retefuente 11% | 1,224,477.54 |
| **Total a Pagar** | 9,907,136.46 |

**Condiciones de Pago:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Contado Transferencia | Concentración efectivo/Desembolso Crédito plus (CCD+) | $ | 9,907,136.46 |

**Observaciones:**

Monica Andrea Ruiz C
CC 52989749

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización 18764002369740 aprobado en 20200818 prefijo MD desde el número 1 al 100 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica Tarifa
**CUFE:** 226482b1395ca58893d3a1f0b4c0229df158ab88bbd6784edf4889ec9fb3c125bec18bdfc45c6b096af27aa3c52eff8e