Alcaldía Municipal Ibagué NIT.800113389-7	**PROCESO**: GESTION CONTRACTUAL	**Código:**FOR-11-PRO-GC-01	ibagué cápital musical
		Versión: 01	
	FORMATO: INFORME DE SUPERVISIÓN	**Fecha:** **26/10/2017**	
		Página: 1 de1	

INFORME	PERIÓDICO: __X__ UNICO: ____	No. 10
PERÍODO DE EJECUCIÓN:	Ultimo pago correspondiente al 40% de ejecución	
VALOR AUTORIZADO A CANCELAR	Treinta y cuatro millones ochocientos mil pesos mcte $ 34.800.000 M/CTE	

INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO	
TIPO CONTRATO :	PRESTACION DE SERVICIOS
CONTRATO No. Y FECHA:	2286 DEL 01 DE OCTUBRE DE 2018
CONTRATISTA:	YOLANDA AGUIRRE RIOS
SECRETARIA EJECUTORA:	SECRETARIA DE SALUD DE IBAGUE
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR EVALUACIÓN DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL GARANTIZANDO EL APOYO TECNICO, HUMANO Y LOGISTICO.
VALOR DEL CONTRATO:	$ 87.000.000 M/CTE
PLAZO:	90 DIAS CALENDARIO
ACTA DE INICIO	03 de octubre de 2018
PRORROGAS-SI APLICA (No. DE DIAS/MESES)	
ADICIONES- SI APLICA (VALOR ADICIONADO)	
SUSPENSIONES-SI APLICA (FECHA Y No. DE DIAS/MESES)	
FECHA PREVISTA DE TERMINACION (INCLUYENDO PRORROGAS Y SUSPENSIONES)	31 de diciembre de 2018

SEGUIMIENTO TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO
Como supervisor, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato. Así mismo se deja constancia que el contratista como requisito previo a la expedición de la presente certificación, cumplió a cabalidad el objeto del contrato y aportó el informe de las actividades desarrolladas, las copias de planillas y recibo de pago de los aportes al sistema de seguridad social y parafiscales conforme a la Ley (Si a ello hubiere lugar), así como del personal involucrado en la ejecución del contrato o convenio (Si a ello hubiere lugar). Que toda la información hace parte integral del presente informe el cual se remitirá a la Dirección de Contratación a fin de alimentar el expediente contractual correspondiente.

Por lo anterior se firma en el mes de Diciembre 10 de 2018

NOMBRE DEL SUPERVISOR: ANDREA SALCEDO POLO

CARGO DEL SUPERVISOR: PROFESIONAL UNIVERSITARIO

FIRMA DEL SUPERVISOR: ----------

La versión vigente y controlada de este documento, solo podrá ser consultada a través de la plataforma PiSAMI y/o de Intranet de la Administración Municipal. La copia o impresión diferente a la publicada, será considerada como documento no controlado y su uso indebido no es responsabilidad de la Alcaldía de Ibagué

Ibagué, Diciembre 10 de 2018

INFORME DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS N° 2286 DEL 01 OCTUBRE 2018

PARA: JOHANNA MARCELA BARBOSA ALFONSO
Ordenador del gasto
Secretaria de Salud de Ibagué

DE: YOLANDA AGUIRRE RIOS
Contratista

ASUNTO: Tercer y último pago
Periodo: Diciembre de 2018

OBJETO: PRESTACION DE SERVICIOS PARA REALIZAR EVALUACIÓN DE COBERTURAS EN VACUNACIÓN DE LA SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL GARANTIZANDO EL APOYO TECNICO, HUMANO Y LOGISTICO.

Relación de las actividades y evaluación de ejecución:

OBLIGACIONES	OBSERVACIONES
1. Realizar 3 Monitoreos Rápidos o Evaluación de Cobertura, de la siguiente forma: **A).** Las fechas de ejecución de los tres monitoreos serán según lineamientos establecidos por el Ministerio de Salud en tres meses diferentes del año, durante 2 días en jornada continua colocar a disposición el siguiente grupo de trabajo: 6 Enfermeras (os), 60 Técnicos en salud pública y/o auxiliares de enfermería y 2 técnicos en sistemas.	El Monitoreo se realizó el 01 y 02 de Diciembre de 2018 y se contó con la participación de 1 coordinador y 5 Enfermeras, 60 auxiliares de Enfermería y 2 técnicos en sistemas.
B). El Monitoreo o Evaluación de coberturas se realiza por conglomerados con los siguientes criterios: Alto tránsito de población migratoria, Poblaciones que enfrentan barreras de acceso a los servicios como indígenas, afro, entre otros o urbano marginales, Población caracterizada de alto riesgo de desplazamiento Autos de la Corte, Zonas determinadas con población susceptible como áreas de frontera, Población residente en sitios turísticos, Áreas o barrios que en la última evaluación de coberturas hayan obtenido una cobertura menor del 95%, Zonas donde el programa tiene difícil acceso, Zonas donde no se ha podido cumplir con las actividades de micro planeación para el Seguimiento a cohortes.	De conformidad al requerimiento establecido por la Secretaria de salud departamental se estableció por metodología un total de 1504 pero solo 1200 niños efectivos, encuestando la población caracterizada de alto riesgo de desplazamiento Autos de la Corte, Zonas determinadas con población susceptible como áreas de frontera, Población residente en sitios turísticos y Zonas donde el programa tiene difícil acceso

Se canalizan 20 niños efectivos por manzana para un total de 60 conglomerados, diligenciando el instrumento de recolección de datos en cada una de las viviendas efectivas, hasta completar 1200 niños	
C). Se verificará la calidad del dato durante y posterior a la actividad y el informe se adjuntará con todos los campos diligenciados, sin errores, ni enmendaduras. Para la ubicación geográfica de la actividad de acuerdo a la metodología para Monitoreos y encuestas entregadas por el Ministerio de salud, es necesario Mapear cada ruta e identificar por colores o resaltar los sectores a intervenir	Se realizó verificación de cada encuesta suscrita durante y posterior al desarrollo de la actividad, entregado las mismas con todos los campos diligenciados, sin errores, ni enmendaduras. Se Mapeo cada ruta e identifico por colores los sectores a intervenir
D). Una vez encontrados los niños susceptibles se procede a informar al equipo Vacunador dispuesto por las IPS para inmunizar la población objeto PAI, del sector en donde se encuentra localizado el grupo que realiza el monitoreo.	De conformidad a los acuerdos realizados entre secretaria de salud y la unidad de salud Ibagué se dispuso de 2 auxiliares de enfermería que una vez identificada la población sin esquema completo procedían a inmunizarlos.
E). Se Apoyará la difusión de la actividad con perifoneo durante 8 horas por las zonas seleccionadas para el desarrollo del monitoreo o evaluación de coberturas.	Se contó con el apoyo del perifoneo durante 8 horas fortalecimiento de la ejecución de la actividad.
F). Atender los requerimientos de la Secretaria de Salud Municipal en la logística y demás acciones integrales para la realización de cada Monitoreo	Se contó con el apoyo logístico para el desplazamiento y seguridad de los auxiliares de enfermería en terreno
G). Colocar a disposición 2 técnicos en sistemas, quienes al finalizar cada monitoreo durante 8 días, diligenciaran la información entregada en las bases datos correspondientes y de acuerdo a los requerimientos establecidos por el Ente territorial	Se colocó a disposición 2 técnicos en sistemas quienes en los tiempos establecidos entregaron la información correspondiente.
H). Al finalizar cada monitoreo se contarán con máximo 10 días, para diligenciar la información entregada en las bases datos correspondientes y de acuerdo a los requerimientos establecidos por el ente territorial, junto al informe parcial de la actividad, en medio físico – magnético y con todos los mapas utilizados para el desarrollo de cada monitoreo.	Se entregó un informe parcial de la actividad con el análisis de lo encontrado y la base de datos correspondiente en los tiempos establecidos en medio físico y magnético.

l). Se entregara en medio físico y magnético un informe final que consta de un consolidado de las zonas intervenidas en el Monitoreo o Encuesta y se incluirá en este informe la población vacunada por las IPS discriminando comuna, edad, régimen de seguridad social en salud, condición de vulnerabilidad y biológico aplicado; al igual que se consolidaran los datos de toda la población encuestada y se describirán en el mismo informe las variables de comuna, barrio, sexo, régimen de seguridad social, EAPB, condición de desplazamiento, esquema completo para la edad.	Se presenta el informe respectivo
3) Entregar los productos y respectivos soportes en físico y magnético del desarrollo del objeto del contrato, acorde a las normas de archivo vigentes	Se entrega informe de actividades, informe parcial de la actividad y base de datos en medio físico y magnético
4) Realizar todas y cada una de las actividades descritas en su propuesta para atender las necesidades de la Administración Municipal y que se encuentren directamente relacionadas con el objeto del contrato.	Se desarrolló la encuesta de coberturas en vacunación conforme a lo dispuesto en la propuesta y el contrato.
5). El CONTRATISTA se compromete a dar cumplimiento de sus obligaciones con los Sistemas de Salud, Pensión y Riesgos Profesionales, aportes a las Cajas de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y Servicio Nacional de Aprendizaje, cuando a ello haya lugar, en concordancia con el Artículo 50 de la Ley 789 de 2002.	Se aporta el pago de seguridad social, pensión y riesgos profesionales de acuerdo a lo establecido en el contrato. Planillas No.8485297869 del mes de Noviembre

NOTA: Se anexa a este informe CD con las evidencias de las actividades ejecutadas.

ATENTAMENTE;

YOLANDA AQUIRRE RIOS
CONTRATISTA

Reviso: ANDREA SALCEDO POLO
Supervisora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 41907300	8	YOLANDA AGUIRRE RIOS Y/O LABORATORIO CLINICO YOLANDA AGUIRRE RIOS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFENALCO TOLIMA	CALLE 30 N 4-09	IBAGUE-TOLIMA	2665414	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-12	53717590	8486950527	E	2018/12/04	2018/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	13	$417,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$250,000	$2,500	$0	$252,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$250,000	$2,500	$0	$252,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$38,200	$400	$0	$38,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	2	$38,200	$400	$0	$38,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$62,600	$700	$0	$63,300
COMFENALCO TOLIMA	CCF50	890,700,148	4	2	$62,600	$700	$0	$63,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$62,600	$700	$0	$63,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$62,600	$700	$0	$63,300
TOTAL				**2**	**$413,400**	**$4,300**	**$0**	**$417,700**

PAGADO

en línea

Resumen General de Pago

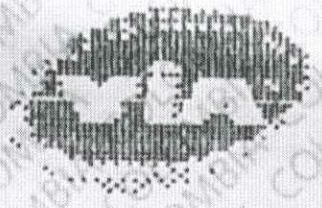
DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41907300		AGUIRRE RIOS YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 30 No. 4-09	IBAGUE-TOLIMA	2665414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	396153801	8486985345	I	2019/01/03	2018/12/17	BANCOLOMBIA	0	$464,100

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
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$36,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$36,600		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$36,600		$0	$0
1	CC	41907300	AGUIRRE YOLANDA	25-14	30	$1,500,000	$240,000	EPS005	30	$1,500,000	$187,500		0	$0	$0	14-25	30	$1,500,000	$36,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,500,000	$240,000			$1,500,000	$187,500			$0	$0			$1,500,000	$36,600		$0	$0

PAGADO



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION:537175900
NUM REFERENCIA:000000084869508527
NUM IDENTIFICACION:41907300
PERIODO: 2018-12
FECHA EFECTIVA:2018-12-15
VALOR: 417.700
SAB15 DIC 18 14:41:12
349-07211335-075
779020-483225-344618-361260-47
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 11183 CLR 38253731
04130911-732193

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 41907300		AGUIRRE RIOS YOLANDA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 30 No. 4-09	IBAGUE-TOLIMA	2665414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-12	2018-12	396153801	8486985345	I	2019/01/03	2018/12/17	BANCOLOMBIA	0	$464,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$240,000	$0	$0	$240,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$240,000	$0	$0	$240,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,600	$0	$0	$36,600
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$36,600	$0	$0	$36,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$187,500	$0	$0	$187,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$187,500	$0	$0	$187,500
TOTAL				**1**	**$464,100**	**$0**	**$0**	**$464,100**

PAGADO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 41907300	8	YOLANDA AGUIRRE RIOS Y/O LABORATORIO CLINICO YOLANDA AGUIRRE RIOS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	COMFENALCO TOLIMA	CALLE 30 N 4-09	IBAGUE-TOLIMA	2665414	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-11	2018-12	53717590	8486950527	E	2018/12/04	2018/12/17	BANCO DE OCCIDENTE	13	$417,700

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
Sucursal: COMFENALCO TOLIMA (2 Afiliados)					$1,562,484	$250,000			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$38,200		$0	$0
Centro de Trabajo: 2.436 // COLMENA (2 Afiliados)					$1,562,484	$250,000			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$38,200		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (2 Afiliados)					$1,562,484	$250,000			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$38,200		$0	$0
1	CC	65780262	CORTES NANCY	Z5-14	30	$781,242	$125,000	EPS005	30	$781,242	$31,300	CCF50	30	$781,242	$31,300	14-25	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
2	CC	1110477758	RAMIREZ YEIMI	Z5-14	30	$781,242	$125,000	EPS005	30	$781,242	$31,300	CCF50	30	$781,242	$31,300	14-25	30	$781,242	$19,100	30	$0	$0
Total		**Afiliados(2)**				$1,562,484	$250,000			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$62,600			$1,562,484	$38,200		$0	$0

PAGADO

Confirmación Transacción PSE - CUS 393868365

serviciopse@achcolombia.com.co

Lun 10/12/2018 4:32 PM

Para: yaguirrios@hotmail.com <yaguirrios@hotmail.com>



Fácil, rápido y seguro

Hola, YOLANDA AGUIRRE RIOS!

Gracias por utilizar los servicios de PSE, los siguiente son los datos de la transacción CUS 393868365:

Estado de la transacción: Aprobada
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 8485297869
Valor de la transacción: $ 497.300,00
Fecha de aprobación: 10/12/2018