

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C.	X	C.E.	NO.		52310306						
CORREO ELECTRONICO:				xiofernandez@hotmail.com				CELULAR:		3014894360					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								F 009							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				PIC				SEDE:		Fontibon					
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%		
		K32	100%												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVIENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				462400044048						PENSIONADO		NO			
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				3632 - 2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 12 DE 12			
NÚMERO DE CDP		2121 27	FECHA	27/12/2018 10/01/2019	NÚMERO DE CRP		51565 9997	FECHA		28/12/2018 15/01/2019					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	1	2019		31	1	2019				
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.070.655											
TIPO DE SERVICIOS				PIC		RESERVA DE GLOSA 2%				\$0					
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.															
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO															
CONCEPTO								VALORES							
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:								\$35.210.177							
VALOR EJECUTADO								\$35.210.177							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$3.070.655							
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 <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1953105, 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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
31806353	\$1.240.000,00	\$155.000	\$198.400	3	\$30.300	\$383.700									
Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 SMITH EDITH LOZANO GUEVARA NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL 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:		Vigilancia Salud pública		Sede: Secretaría Distrital de Salud																			
No. DE CONTRATO:		3632-2018		Periodo certificado desde el		<table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>2019</td> <td></td> <td>31</td> <td>1</td> <td>2019</td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	1	2019		31	1	2019
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año																	
1	1	2019		31	1	2019																	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		XIOMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL		C. C.		52.310.306		DE Bogotá															
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional																							
El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐																							
OBLIGACIONES CONTRACTUALES		PROGRAMADO		ACTIVIDADES REALIZADAS		PRODUCTOS ENTREGADOS																	
a. Coordinación técnica y administrativa del proyecto		SI		Reunión con equipo para revisión y programación de actividades y fechas de reunión 11,18,25,31 de Enero. Elaboración de acta de entrega y revisión de productos con referente Distrital 25 de Enero de 2019.		Reuniones de recepción y revisión de productos																	
b. Elaboración y seguimiento del plan de acción		SI		Revisión y proyección de actividades de acuerdo a lineamiento Distrital Enero-Febrero de 2019		Revisión y proyección de actividades de plan de acción.																	
c. Desarrollar mensualmente acciones de seguimiento y verificación de soportes y demás procesos de pre auditoría establecidos para garantizar la calidad de los productos.		SI		Revisión de soportes entregados por el equipo de los diferentes productos y acciones desarrolladas para dar cumplimiento a plan de acción.		Actas de entrega listados de asistencia 11,18,25,31 de Enero.																	
d. Canalización de casos de embarazo temprano con el fin de generar alertas tempranas a partir de la revisión de bases Distritales		SI		Revisión de bases Distritales (Base de nacidos vivos 2019 y envío de canalización de 18 casos para generación de alertas tempranas, seguimiento a casos de embarazo en menores de 15 años, con canalización de aquellos que presentan barreras de acceso o no se encuentran planificando.		soportes de envío de canalización de 18 casos Y base de seguimiento.																	
e. Participar en el pilotaje de experiencias exitosas de la prevención de la maternidad y la paternidad tempranas en las Localidades de Ciudad Bolívar y Suba a partir de experiencias regionales y Nacionales documentadas.		SI		Revisión para creación y habilitación usuarios y claves distritales y locales para el ingreso de la información de los casos de MM en el SVEMMBW		21 de Enero de 2019																	
f. Apoyar la implementación de la Historia clínica materno perinatal SIP PLUS en la Distrito.		SI		Participación en unidades de análisis SSVEMMBW 14,21,25,29 de Enero de 2019, participación en reunión de ajustes del formato de historia clínica Materno perinatal en el marco del convenio 1331 de 2017 con OPS. Participación en feria de salud 29 de Enero de 2019		Listado de asistencia 14,21,25,29 de enero, Acta de reunión 08 de Enero. Soportes de asistencia Feria de salud																	
g. Participación en mesas de trabajo y reuniones a nivel local, Distrital e intersectorial realizando actividades de apoyo solicitadas por el equipo técnico Distrital de Salud Materno Infantil.		SI		Reunión equipo Técnico para la prevención y atención de la maternidad y la paternidad temprana, Revisión y consolidación informes de estrategia Angeles Guardianes enviadas por las sub redes		Actas listados y soportes de asistencia y envío de informe consolidado.																	
h. Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso		SI		Revisión de soportes y preparación de auditoría 7 y 8 de enero de 2019, presentación de auditoría con resultado favorable el día 11 de Enero.		Drive de los productos de la vigencia consolidado, soportes físicos																	
i. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud		NO		No aplica para este mes		Acta de reunión.																	
j. Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del modelo de atención.		NO		No programado para este mes.		No programado para este mes.																	
m. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución para el desarrollo de las actividades definidas los equipos de trabajo pertenecientes al plan de intervención		SI		Se realiza revisión y seguimiento a plan de acción programado según las acciones establecidas en lineamiento Distrital, así como seguimiento al plan de acción		Revisión del plan de acción																	
n. Diligenciar de manera clara completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.		SI		Realizar y cumplir el 100% de las actividades y productos establecidos en el lineamiento Distrital propuesto para el proyecto.		Generar y revisar soportes de las actividades realizadas, actas, listados de asistencia, informes, formatos de entrevista y transcripción de grupos focales.																	
o. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de manera semanal de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos del servicio, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene.		SI		Revisión y diligenciamiento de la matriz 1186 realizando comparativo de Dic de 2017 con Dic de 2018, por mes y acumulado, por localidad, y por sub red. Describiendo las actividades realizadas por el equipo que dan cumplimiento a la meta 14		Soportes de envío a referente Distrital																	
p. Realizar la referencia y contrareferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicio de salud de acuerdo con la normatividad vigente.		NO		No programado para este mes.		No programado para este mes.																	
q. Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin de aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización		SI		Se realiza envío de consolidado de 18 canalizaciones correspondiente a los casos identificados en la base de nacidos vivos de adolescentes gestantes hasta los 19 años, para espacio vivienda		soportes de canalizaciones y matriz																	
OBSERVACIONES:																							
TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS																							
 CONTRATISTA: Xiomara Fernandez Bernal					Fecha: (firmatasa Firma de recibido supervisor, PLA Jette Katherine Jara P																		
Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.																							

TIPO		DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	
FORMA PRESENTACIÓN	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO			
	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO				
						UNICA	I - Independiente		
	CC	523103016	XIMARA DEL PILAR FERNANDEZ BERNAL		Calle 64 A #57-23 torre 2 apto 904 etapa 4	3066173	xolemendez@hotmail.com		
					BOGOTÁ D. C.		BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD	
				EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES			1	0
2018-12	2018-12	1	1/12/2018	TOTAL A PAGAR	
				\$408.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Colización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Fuminar EPS	830003564-7	155,000	0		0		0	0	0	0	155,000	1

TOTALES PENSIÓN

TOTALES PENSION													
Código AFP		Nombre	NIT	Cotización Afiliado	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora Cotización	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No Afiliados
230301		Porvenir	800224008-8	198.400	0	0	0	0	0	0		198.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportar Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-28	ARP Suria	800255161-9	30.300				30.300	0	0	30.300			303	30.300	1

TOTALES CAJAS

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar
CCF24	Compensar Caja	900056942-7	24.800	0	0	24.800
						1

TOTALES PARAFISCALES

TOTALES PARAFISCALES				Total a Pagar	No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte			
0	0	0	0	0	0
SENA					
0	0	0	0	0	0
ICBF					
0	0	0	0	0	0
ESAP					
MEN					

TOTALES POR SUBSISTEMA

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mera	Total a Pagar
Salud	1	155,000	155,000
Pension	1	198,400	198,400
Riesgos Laborales			
CCF	1	30,300	30,300
ESAP	0	24,800	24,800
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	408,500	408,500

Institución vacunadora: 110010817136

Fecha de generación del carné: miércoles, 16 de enero de 2019 12:00 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	52310306
Nombres y Apellidos	XIOMARA DELPILAR FERNANDEZ BERNAL		
Fecha de nacimiento:	20/03/1976		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
Anti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
Antirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
DPT	Única				
DPT Acelular	Refuerzo	08/07/2014	Adacell	AC37B119DA	CLINICA INFANTIL COLSUBSIDIO
Fiebre amarilla	Primera dosis	04/12/2004	Stamaril		
Fiebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
Hepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
Hepatitis B	Primera dosis	11/11/2001			
	Segunda dosis	11/12/2001			
	Tercera dosis	06/07/2002			
	Refuerzo	04/12/2015	Hepavax Gene	1434021.01	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 63
Influenza	Única	18/06/2018	FluQuadri	UI923AA	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 63
Meningococo	Única				
Meningococo Conjugado	Única				
Meningococo Polisacárido	Primera dosis				
Neumo Conjugado	Única				
Neumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
Neumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				
Sarampión y Rubéola	Única				
Td	Primera dosis	02/02/2000	Tetavax		
	Segunda dosis	10/03/2000	Tetavax		
	Tercera dosis	02/08/2000	Tetavax		
	Cuarta dosis	11/11/2001	Tetavax		
	Quinta dosis	14/04/2011	Tetavax		
Toxoide Tetánico	Primera dosis				CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26

Editar

XIOMARA FERNANDEZ- Agosto.pdf

XIOMARA FERNANDEZ octubre.pdf

XIOMARA FERNANDEZ NOVIEMBRE.pdf

XIOMARA FERNANDEZ DICIEMBRE.pdf

XIOMARA FERNANDEZ- Agosto.pdf

XIOMARA FERNANDEZ octubre

XIOMARA FERNANDEZ

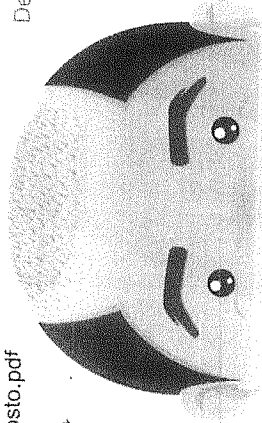
XIOMARA FERNANDEZ

Descargar

Descargar

Descargar

Descargar



Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Nombre

<

Evaluación de la Entidad Estatal

>

© VORTAL 2019

Términos de uso

Normativa

Seguimiento

Ayuda

Español (Colombia)

▼

Nombre

018000-52-0808

Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Email

Email

Teléfono

Teléfono

CLICK ACÁ PARA INICIAR CHAT

© 2019 VORTAL

▼

JOTA