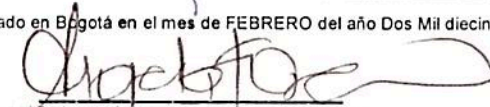
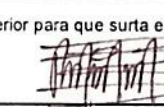


INFORMACION DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				ERCY PATRICIA NAVARRETE BERNAL											
TIPO DE DOCUMENTO:				C C	X	C E	NO		52370187						
CORREO ELECTRONICO:				erpanabe2012@hotmail.com				CELULAR:		3209947651					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO09							
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	%		
		k27	100												
ENTIDAD FINANCIERA:				DAVIVENDA				TIPO DE CUENTA:		AHORROS					
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				456870027442				PENSIONADO		NO					
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS															
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				985 -2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 1 DE 1			
NÚMERO DE CDP		154	FECHA	17/01/2019	NÚMERO DE CRP		12691	FECHA		31/01/2019					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como Profesional de Enfermería, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E de acuerdo a las necesidades de la institución y al contrato interadministrativo 077 de 2017 Plan de Intervenciones Colectivas, suscrito el 31 de marzo de 2017 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud-Secretaría Distrital de Salud y la E.S.E											
PERIODO CERTIFICADO:				DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO				
					1	2	2019		28	2	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:								\$3 070 655							
VALOR EJECUTADO								\$3 070 655							
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 \$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% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES									
8488726442	\$1.228.262,00	\$153.600	\$196.600	3	\$30.000	\$380.200									
Dado en Bogotá en el mes de FEBRERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,															
 ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 ERCY PATRICIA NAVARRETE 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:	FO09	Sede:	Fontibon
No. DE CONTRATO:	985-2019	Periodo certificado desde el	Día Mes Año 1 2 2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ERCY PATRICIA NAVARRETE BERNAL	C. C.	52.370.187
		DE	BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales a la gestion administrativa y/o asistenciales en el area 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 x NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio.	SI	1 reunion distrital,4 reuniones de equipo,2 dias administrativos , 1 jornada de fortalecimiento tecnico especifico, 2 jornada administrativa,56 atenciones en salud fisica,2 autocuidado, 3 jornadas de focalizacion,1 informe mensual, 1 cronograma mensual	Formatos PAP 012,040 y actas administrativas
Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE.	SI	1 reunion distrital,4 reuniones de equipo,6 dias de focalizacion,1 entrega de documentos 2 dias administrativos y 1 informe de mes.1 jornada de fortalecimiento tecnico especifico, 1 jornada administrativa, 28 atenciones en salud fisica.	Formatos PAP 012,040 y actas administrativas
Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.	NO	no aplica para el mes reportado	No aplica para el mes certificado
Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras).Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado.	NO	no aplica para el mes reportado	No aplica para el mes certificado
Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS.	SI	Se realiza canalizacion a los usuarios según las necesidades requeridas	formato de canalizacion y activacion de ruta
Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.	SI	1 reunion distrital,4 reuniones de equipo,6 dias de focalizacion,1 entrega de documentos 2 dias administrativos y 1 informe de mes.1 jornada de	Formato PAP 012 , 040 y actas administrativas.
Notificar todos los eventos de interes en salud publica.	SI	Se realiza notificacion para prioridades en salud.	Formato PAP 040.
Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SI	Se informa a los individuos/ familias o colectivos sobre sus derechos y deberes en los diferentes encuentros que se tienen con ellos.	Formato PAP 012 , 040 y actas administrativas.
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.	NO	No aplica para el mes certificado	No aplica para el mes certificado
Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.	SI	Entrega de soportes semanales a la coordinación local. 1 reunion distrital,4 reuniones de equipo,6 dias de focalizacion,1 entrega de documentos 2 dias administrativos y 1 informe de mes.1 jornada de	Formato PAP 012 , 040 y actas administrativas.
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preeditorias del referente del espacio asignado.	SI	Revisión de formatos con la coordinadora del equipo. Entrega de matriz semanal de las acciones realizadas.	Acta de revisión, Matriz semanal
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Elaboracion del informe de mes febrero	Informe mensual
Asistir a las asistencias tecnicas convocadas por la subredsur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Se asiste a las actividades programadas dentro de la Subred Sur Occidente E.S.E como las de SDS.	Listados de asistencia y actas.
Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra indole en la que tenga responsabilidad el contratista (incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras).	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	Formato PAP 012 , 040 y actas administrativas.
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecucion de las actividades propias del objeto del presente contrato.	SI	cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos	Cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3070655 TRESMILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE

NOMBRE Y CC CONTRATISTA: ERCY PATRICIA NAVARRETE BERNAL CC 52.370.187	Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor:
---	---

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

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	Codigo	Dias	IBC	Aporte
1	CC	5320187	NAVABRETE ERYC	230201	30	\$1,218,262	\$196,600	EP0372	30	\$1,228,262	\$153,600	0	0	\$0	\$153,600	14-11	30	\$1,228,262	\$30,000	0	0	\$0
Total		Afilados(1)				\$1,228,262	\$196,600			\$1,228,262	\$153,600			\$0	\$153,600			\$1,228,262	\$30,000			\$0

2019/02/11 01:47 PM