

 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 TESORERÍA		Versión: 1	 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. <small>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</small>
			Fecha de aprobación: 09/11/2016	
			Código: 15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA															
NOMBRE DEL CONTRATISTA:				INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO											
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	NO.		52749417						
CORREO ELECTRONICO:				ingridrami22@gmail.com				CELULAR:		3112018931					
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								FO09							
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA				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				4518 7005 8885				PENSIONADO		NO					

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS																			
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:				4110-2018				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 1 DE 1							
NÚMERO DE CDP		804		FECHA		18/04/2018		NÚMERO DE CRP		23102		FECHA		02/05/2018					
OBJETO DEL CONTRATO:				Prestar servicios profesionales especializados 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		5		2018				30		5		2018	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				3.747.240															
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.

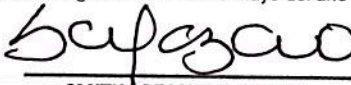
CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$3.747.240
VALOR EJECUTADO	\$3.747.240
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3.747.240
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

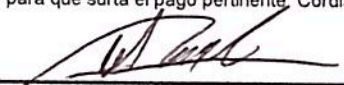
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, 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
8479611371	\$1.498.869,00	\$187.400	\$239.900	3	\$36.600	\$463.900

Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil diesiocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,


SMITH LOZANO GUEVARA
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:


INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

 Ministerio de Salud Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Versión	2	 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FO09	Sede: CADE														
No. DE CONTRATO:	4110-2018	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>5</td> <td>2018</td> <td></td> <td>30</td> <td>5</td> <td>2018</td> </tr> </table>	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	1	5	2018		30	5	2018
Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año										
1	5	2018		30	5	2018										
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO	<table border="1"> <tr> <td>C. C.</td> <td>52.749.417</td> <td>DE</td> <td>BOGOTÁ</td> </tr> </table>	C. C.	52.749.417	DE	BOGOTÁ										
C. C.	52.749.417	DE	BOGOTÁ													

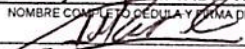
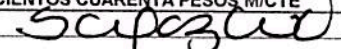
Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO Servicios: SI NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
• Elaboración y seguimiento al plan de acción de acuerdo al lineamiento Distrital (Uno para la vigencia, pero con seguimiento mensual).	SI	SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION PARA LA VIGENCIA EL CUAL SE CUMPLE CON LO PROGRAMDO SE ENTREGA 1 DOCUMENTO EN EXCEL.	PLAN DE ACCION
• Revisión, validación, seguimiento y cierre de casos notificados que cumplan con definición de caso de morbilidad neonatal extrema.	SI	REVISION CALIDAD DE LOS FORMATOS DE NOTIFICACION, SE HACE VERIFICACION DE 225 CASOS NOTIFICADOS POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA Y FICHAS DE CASOS EVALUADOS POR MEDICINA	ACTA DE ENTREGA DE PRODUCTOS Y CASOS DILIGENCIADOS EN LA BASE
• Vigilar y garantizar la canalización de casos priorizados que requieran intervención de los diferentes espacios, programas, provisión de servicios, aseguramiento y otros sectores.	SI	NOTIFICACION DE CASOS PRIORIZADOS A ESPACIO VIVIENDA PARA SEGUIMIENTO, SE HACE CANALIZACIÓN DE 108 CASOS.	BASE DE DATOS DE NOTIFICACION DE CASOS
• Realizar auditoria interna y concurrencia a las actividades ejecutadas por el grupo.	SI	REVISION DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CADA MES POR CADA UNA DE LAS PROFESIONALES Y DIGITADORA, PARA LO CUAL SE ENTREGA UN INFORME DE AUDITORIA.	INFORME DE AUDITORIA, BASE DE DATOS CONCURRENCIA DE CASOS NOTIFICADOS
• Realizar el análisis epidemiológico o identificación de factores asociados a los eventos de Morbilidad neonatal extrema, a fin de generar "información para la acción", con el fin de establecer hipótesis que puedan generar otras investigaciones (Un documento trimestral).	SI	AVANCE DE ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DEL COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA CENTINELA DE LA MNE, ENTREGA INFORME TRIMESTRAL DE LOS MESES DE ABRIL- JUNIO.	AVANCE INFORME
• Liderar las unidades de análisis utilizando las metodologías establecidas (según cronograma distrital).	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Realizar análisis y triangulación de la información con los eventos de embarazo en adolescente, malformaciones congénitas y mortalidad infantil.	SI	CRUCE DE BASES DE LOS DIFERENTES EVENTOS, SE HACE EL CRICE CON LOS EVENTOS DE EMBARZO EN ADOLESCENTE, MALFORMACIONES CONGÉNITAS, MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL SE ENTREGA INFORME EN EXCEL	EXCEL DEL CRUCE DE BASES
• Elaboración de artículos relacionados con la MNE para su publicación.	SI	SE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL ARTÍCULO	AVANCES DEL ARTICULO
• Generar espacios de articulación con los sub sistemas de vigilancia distrital, así como con las acciones colectivas por espacio para la Vigilancia Centinela de la MNE.	SI	REUNIONES CON LIDER DISTRITAL, SE REALIZARON 2 REUNIONES	SOPORTE DE ACTA
• Retroalimentar a las Unidades de cuidado intensivo neonatal, sobre los hallazgos identificados en la Vigilancia Centinela de la Morbilidad neonatal extrema.	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Depurar, validar y actualizar las bases de datos.	SI	DEPURACION DE BASE DE DATOS MENSUAL, SE HACE LA DEPURACIÓN CON LAS ENFERMERAS DELA BASE DE MAYO CON 200 CASOS.	BASE DEPURADA CON CALIDAD
• Realizar monitoreo y seguimiento a indicadores.	SI	SEGUIMIENTO A INDICADORES, SE ALIMENTA LA BASE EN EXCEL Y SE MIDEN LOS INDICADORES PARA LAS 19 UPGDS CENTINELA	INFORME DE SEGUIMIENTO A INDICADORES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras) \$3.747.240 TRES MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL DOCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE

CONTRATISTA:  NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA. Fecha: d8trivlaaaa 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									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 51749417		RAMIREZ CLAYVIO INGRID MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 # 8 g - 51	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7605239	SI	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2018-05	2018-05	41071729	8479611371	1	2018/05/07	2018/05/21	BANCO DE OCCIDENTE	14	\$499,600

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)									
PROTECCION	230201	800,729,739	0	1	\$239,900	\$2,700	\$0	\$242,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)									
ARP SURA (ANTES SUPATEP)	14-28	800,256,161	9	1	\$36,600	\$500	\$0	\$37,100	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)									
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$30,000	\$400	\$0	\$30,400	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)									
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	\$187,400	\$2,100	\$0	\$189,500	
TOTAL				1	\$493,900	\$5,700	\$0	\$499,600	

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 53749417		SANREZ CLAUDIO INGRID MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 # 8 - 61	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7605139	Si	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo		Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banko	Dias Mora	Valor
2018-05	2018-05	43071729	847511371	I	2018/05/07	2018/05/31	BANCO DE OCCIDENTE	14	\$ 499.600

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	Dias	IBC	Aporte	
SUCURSAL PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400						\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400						\$0	
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)						\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400						\$0	
1	CC	52749417	RAMIREZ INGRID	30		\$1,498,896	\$239,900	EP5017	30	\$1,498,896	\$187,400	CCF24	30	\$1,498,896	14-20	30	\$0	
Total Afiliados(1)						\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400			\$1,498,896			\$0	