

|                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |  |                     |               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------------------|---------------|
| <br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>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             |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                       |  |  | 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:                         |  | Ingridram122@gmail.com         |      |                 | CELULAR:        |                 | 3112018931    |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  | FO09                           |      |                 |                 |                 |               |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  | VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA    |      |                 | SEDE:           |                 | Fontibon      |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo                | %    | Centro de costo | %               | Centro de costo | %             | Centro de costo | % |
|                                             |  | K32                            | 100% |                 |                 |                 |               |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  | DAVIENIDA                      |      |                 | 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 |  |                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                          |               |             |       |            |         |
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |  | 4110-2018                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |               | PAGO 2 DE 2 |       |            |         |
| NUMERO DE CDP                                                            |  | 961                                                                                                                                                                                                                                                                           | FECHA | 07/06/2018               | NÚMERO DE CRP | 26848       | FECHA | 31/05/2018 |         |
| 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                        | 6             | 2018        |       | 30         | 6 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.

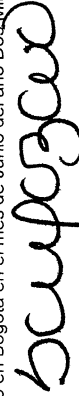
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |             |
|-----------------------------------------|-------------|
| CONCEPTO                                | VALORES     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$7.494.480 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$7.494.480 |
| VALOR A PAGAR 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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8479810388         | \$1.498.869,00    | \$187.400                | \$239.900              | 3         | \$36.600   | \$463.900     |

Dado en Bogotá en el mes de Junio del año Dos.Mil dieciocho (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

|                                |                                |            |       |     |        |     |       |
|--------------------------------|--------------------------------|------------|-------|-----|--------|-----|-------|
| <b>Ubicación del Servicio:</b> | FO09                           |            |       |     |        |     |       |
| <b>No. DE CONTRATO:</b>        | 4110-2018                      |            |       |     |        |     |       |
| <b>NOMBRE DEL CONTRATISTA:</b> | INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO |            |       |     |        |     |       |
|                                | <b>Sede: CADE</b>              |            |       |     |        |     |       |
|                                | Día                            | Mes        | Año   | Día | Mes    | Año |       |
|                                | 1                              | 6          | 2.018 | a   | 30     | 6   | 2.018 |
|                                | 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                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración y seguimiento al plan de acción de acuerdo al lineamiento Distrital (Uno para la vigencia, pero con seguimiento mensual).</li> </ul>                                                                                                                                          | SI         | SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION PARA LA VIGENCIA EL CUAL SE CUMPLE CON LO PROGRAMDO SE ENTREGA 1 DOCUMENTO EN EXCEL.                                                                                                                    | PLAN DE ACCION                                                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Revisión, validación, seguimiento y cierre de casos notificados que cumplan con definición de caso de morbilidad neonatal extrema.</li> </ul>                                                                                                                                             | SI         | REVISION CALIDAD DE LOS FORMATOS DE NOTIFICACION, SE HACE VERIFICACIÓN DE 291 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         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Vigilar y garantizar la canalización de casos priorizados que requieran intervención de los diferentes espacios, programas, provisión de servicios, aseguramiento y otros sectores.</li> </ul>                                                                                            | SI         | NOTIFICACION DE CASOS PRIORIZADOS A ESPACIO VIVIENDA PARA SEGUIMIENTO. SE HACE CANALIZACIÓN DE 108 CASOS.                                                                                                                          | BASE DE DATOS DE NOTIFIACION DE CASOS                                 |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar auditoría interna y concurrencia a las actividades ejecutadas por el grupo.</li> </ul>                                                                                                                                                                                           | SI         | REVISION DE LOS PRODUCTOS ENTREGADOS CADA MES POR CADA UNA DE LAS PROFESIONALES Y DIGITADORRA, PARA LO CUAL SE ENTREGA UN INFORME DE AUDITORIA.                                                                                    | INFORME DE AUDITORIA, BASE DE DATOS CONCURRENCIA DE CASOS NOTIFICADOS |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar el análisis epidemiológico e 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).</li> </ul> | SI         | ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DEL COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA CENTINELA DE LA MNE. ENTREGA INFORME TRIMESTRAL DE LOS MESES DE ABRIL-JUNIO.                                                                                           | INFORME                                                               |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Liderar las unidades de análisis utilizando las metodologías establecidas (según cronograma distrital).</li> </ul>                                                                                                                                                                        | NO         | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES                                                                                                                                                                                                        | NO PROGRAMADO PARA ESTE MES                                           |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar análisis y triangulación de la información con los eventos de embarazo en adolescente, malformaciones congénitas y mortalidad infantil.</li> </ul>                                                                                                                               | SI         | CRUCE DE BASES DE LOS DIFERENTES EVENTOS. SE HACE EL CRICE CON LOS EVENTOS DE EMBARZO EN ADOLESCENTE, MALFORMACIONES CONGENITAS, MORTALIDAD MATERNA, MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y MORTALIDAD PERINATAL SE ENTREGA INFORME EN EXCEL | EXCEL DEL CRUCE DE BASES                                              |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de artículos relacionados con la MNE para su publicación.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                          | SI         | SE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL ARTÍCULO                                                                                                                                                                                        | AVANCES DEL ARTICULO                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>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.</li> </ul>                                                                                                        | SI         | REUNIONES CON LIDER DISTRITAL. SE REALIZARON 2 REUNIONES                                                                                                                                                                           | SOPORTE DE ACTA                                                       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Retroatmentar a las Unidades de cuidado intensivo neonatal, sobre los hallazgos identificados en la Vigilancia Centinela de la Morbilidad neonatal extrema.</li> </ul>                                                                                                                    | SI         | REUNIONES CON UPGD EN LAS UNIDADES NEONATALES, SE REALIZARON 2 REUNIONES CLINICA DE LA MUJER Y CLINICA EL COUNTRY                                                                                                                  | 2 PROGRAMADO PARA ESTE MES                                            |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Depurar, validar y actualizar las bases de datos.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                              | SI         | DEPURACION DE BASE DE DATOS MENSUAL, SE HACE LA DEPURACION CON LAS ENFERMERAS DELA BASE DE MAYO CON 291 CASOS.                                                                                                                     | BASE DEPURADA CON CALIDAD                                             |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar monitoreo y seguimiento a indicadores.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                | 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<br><u>Thana Samet</u> | NOMBRE COMPLETO (CÉDULA) Y FIRMA DEL<br><u>Thana Samet</u> | Fecha <u>dd/mm/aaaa</u> Firma de recibido supervisor:<br><u>Samet</u> |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|

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



UTC-5 16:17:37  
INGRID MARCELA RA...

Administración de Contratos

Ver proveedor

Ver contrato

Ir a

Id de página: 23600726 Ayuda ?

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

<

>

Información general

Candidatos

Bienes y servicios

Documentos del Proveedor

Documentos del contrato

Información presupuestal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

7 Ejecución del Contrato

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? SI No

Modificaciones del Contrato

Id de pago Número de factura Fecha de emisión Fecha de recepción Valor total de la factura Estado

Incumplimientos

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción

Nombre del archivo

certificacion\_abril.pdf (Archivado)

Proveedor

Descargar

certificacion\_mayo.pdf

Proveedor

Descargar

Borrar

Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

DATOS GENERALES DE LA LÍQUIDA

### LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

[illegible]