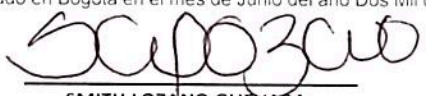
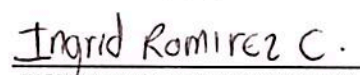


| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|-----|--------------------------|-------|-----------------|----------|-----------------|------|------------|--|
| 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                     |       |                 |          |                 |      |            |  |
| UBICACION 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                        | 4110-2018                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |     | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |                 |          | PAGO 5 DE 5     |      |            |  |
| NUMERO DE CDP:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                   | 961                      |                        | FECHA:                                                                                                                                                                                                                                                                       |            | 7/06/2018       |     | 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: Se realizan actividades pendientes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       | VALORES         |          |                 |      |            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       | \$16.862.580    |          |                 |      |            |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       | \$16.862.580    |          |                 |      |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       | \$1.873.620     |          |                 |      |            |  |
| 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 \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                                                                                                                                                                                                                                                                    | APORTE ARL | TOTAL APORTES   |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
| 8478522879                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1.498.869.00    | \$187.400                | \$239.900              | 3                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$36.600   | \$463.900       |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |
| <p>Dado en Bogotá en el mes de Junio del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>SMITH LOZANO GUEVARA</b><br/>           NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:         </div> <div style="text-align: center;"> <br/> <b>INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO</b><br/>           NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA         </div> </div> |                   |                          |                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |            |                 |     |                          |       |                 |          |                 |      |            |  |

|                         |                                |                              |            |
|-------------------------|--------------------------------|------------------------------|------------|
| Ubicación del Servicio: | FO09                           | Sede:                        | CADE       |
| No. DE CONTRATO:        | 4110-2018                      | Periodo certificado desde el |            |
|                         |                                | Día                          | Mes        |
|                         |                                | 1                            | 6          |
|                         |                                | Año                          | 2.018      |
|                         |                                | a                            |            |
|                         |                                | Día                          | Mes        |
|                         |                                | 30                           | 6          |
|                         |                                | Año                          | 2.018      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | INGRID MARCELA RAMÍREZ CLAVIJO | 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 ☒ 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 PROGRAMADO 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 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        |
| • Vigilar y garantizar la canalización de casos priorizados que requieran intervención de los diferentes espacios programas provision de servicios aseguramiento y otros sectores                                                                                           | SI         | NOTIFICACION DE CASOS PRIORIZADOS A ESPACIO VIVIENDA PARA SEGUIMIENTO SE HACE CANALIZACION 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 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) | SI         | ANALISIS EPIDEMIOLOGICO DEL COMPORTAMIENTO DE LA VIGILANCIA CENTINELA DE LA MNE ENTREGA INFORME TRIMESTRAL DE LOS MESES DE ABRIL JUNIO                                                                                         | 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 CRUCE 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                                             |
| • Elaboración de artículos relacionados con la MNE para su publicación                                                                                                                                                                                                      | SI         | SE PARTICIPA EN LA ELABORACION DEL ARTICULO                                                                                                                                                                                    | 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                                                                                                                | 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                                           |
| • Depurar validar y actualizar las bases de datos                                                                                                                                                                                                                           | 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                                            |
| • 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): \$1.873.620 UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEICIENTOS VEINTE PESOS M/CTE

CONTRATISTA: Ingrid Ramirez C. Fecha: 31/05/2018 Firma del representante supervisor: [Firma]

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                                 |                 |                    |                      |                     |           |                       |  |
|-----------------------------------|---------|---------------------------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------|-----------|-----------------------|--|
| Identificación                    | d7      | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion            | Ciudad-Departamento | Telefono  | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 52749417                       |         | RAMIREZ CLAUDIO FIDELIO MARCELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | calle 168 # 8 e - 61 | BOGOTA-BOGOTA D.E   | 7495239   | T13                   |  |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                                 |                 |                    |                      |                     |           |                       |  |
| Periodo                           |         | Clave                           |                 | Tipo               |                      | Fecha               |           | Pago                  |  |
| Pension                           | Salud   | Pago                            | Planilla        | Limite             | Pago                 | Banco               | Dias Mora | Valor                 |  |
| 2018/04                           | 2018/04 | 22747531                        | 847652879       | 2018/04/05         | 2018/04/18           | BANCO DE OCCIDENTE  | 11        | \$499,200             |  |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |                 |        |         |             |           |        |      |             |
|--------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|---------|-------------|-----------|--------|------|-------------|
| EMPLEADO                                         |                |                 |        | PENSION |             |           | SALUD  |      |             |
| No.                                              | Identificacion | Nombres         | Codigo | Dias    | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |                 |        |         |             |           |        |      |             |
|                                                  |                |                 |        |         | \$1,498,896 | \$239,900 |        |      | \$1,498,896 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |                 |        |         |             |           |        |      |             |
| 1                                                | CC 52749417    | RAMIREZ FIDELIO | 100201 | 10      | \$1,498,896 | \$239,900 | EP5012 | 10   | \$1,498,896 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |                 |        |         | \$1,498,896 | \$239,900 |        |      | \$1,498,896 |

| RIESGOS                                          |                |                 |        | CCF  |             |          | PARAFISCALES |      |             |
|--------------------------------------------------|----------------|-----------------|--------|------|-------------|----------|--------------|------|-------------|
| No.                                              | Identificacion | Nombres         | Codigo | Dias | IBC         | Aporte   | Codigo       | Dias | IBC         |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |                 |        |      |             |          |              |      |             |
|                                                  |                |                 |        |      | \$1,498,896 | \$36,600 |              |      | \$1,498,896 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |                 |        |      |             |          |              |      |             |
| 1                                                | CC 52749417    | RAMIREZ FIDELIO | 100201 | 10   | \$1,498,896 | \$36,600 | 1429         | 10   | \$1,498,896 |
| Total Afiliados( 1)                              |                |                 |        |      | \$1,498,896 | \$36,600 |              |      | \$1,498,896 |