Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. P	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	09/11/2016	
		Código	15-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA MARITZA GUACA RUIZ												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	39.580.750							
CORREO ELECTRONICO:	adrianaguaca1982@gmail.com				CELULAR:	3505962278							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:	FONTIBON												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	FO09				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:	AV VILLAS				TIPO DE CUENTA:	AHORROS							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	00-1956684								PENSIONADO	NO			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	6058 - 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 3 DE 3			
NÚMERO DE CDP	27 2121	FECHA	10/01/2019 27/12/2018	NÚMERO DE CRP	11333 51874	FECHA	15/01/2019 28/12/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial 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.									
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO		
		1	1	2019		31	1	2019		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$8.700.189
VALOR EJECUTADO	$8.700.189
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 **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%	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
7708195684	$1.229.000,00	$153.700	$196.700	3	$30.000	**$380.400**

Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecisinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Cordialmente,

P/A Juette Katherine Soler

SMITH LOZANO GUEVARA

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

ADRIANA M GUACA R

ADRIANA MARITZA GUACA RUIZ

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Versión	2
Fecha de aprobación	2017/04/03
Código	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Ubicación del Servicio:	SECRETARIA DISTRITAL DE SALUD				**Sede: SALUD PUBLICA**				
No. DE CONTRATO:	6058 - 2018	**Periodo certificado desde el**	**Día**	**Mes**	**Año**	**a**	**Día**	**Mes**	**Año**
			1	1	2,019		31	1	2,019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	ADRIANA MARITZA GUACA RUIZ		**C. C.**	39,580,750			**DE**	GIRARDOT	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial 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
• Realizar la notificación, entrevista, seguimientos y entrega semanal de casos identificados de MNE.	SI	SE REALIZARON 30 SEGUIMIENTOS DE CARDIOPATÍAS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS REPORTADOS POR EL SIVIGILA: DE LOS CÚALES 19 ERAN CARDIOPATÍAS Y EL 11 RESTANTE MAFORMACIONES MAYORES	MATRIZ DED SEGUIMIENTO EN EXCEL DILIGENCIADA.
• Realizar la notificación, entrevista, seguimientos y entrega semanal de casos identificados de MNE.	SI	SE REALIZARON 50 SEGUIMIENTOS DE CARDIOPATÍAS Y MALFORMACIONES CONGÉNITAS REPORTADOS POR MNE: DE LOS CÚALES 21 ERAN CARDIOPATÍAS Y EL 29 RESTANTE MAFORMACIONES MAYORES	MATRIZ DED SEGUIMIENTO EN EXCEL DILIGENCIADA
• Realizar búsqueda activa institucional semanal.	SI	SE RECEPCIONARON 10 CASOS REPORTADOS POR LAS ENFERMERAS DE MNE PARA SEGUIMIENTO	BASE DE DATOS CON CASOS REPORTADOS
• Participar en la coordinación, selección y elaboración de cronograma de las unidades de análisis Distritales de MNE.	SI	SE SELECCIONAROS DOS CASOS DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS QUE TUVIERON MUERTE EVITABLE PARA SER CONVOCADOS A UNIDAD DE ANÁLSIS DISTRITAL.	BASE DE DATOS CON CASOS REPORTADOS
• Elaboración y seguimiento mensual del Cronograma de Actividades programadas para la vigilancia de la MNE.	SI	SE DILIGENCIA Y SE ENVÍA EL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN EXCEL PROGRAMADO PARA EL MES DE ENERO DE 2019	1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DILIGENCIADO
• Elaboración y entrega de informe de gestión.	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES
• Diligenciamiento del tablero de control de los productos y reporte semanal en el DRIVE.	NO	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES	NO PROGRAMADO PARA ESTE MES

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3,070,655 (TRES MILLONES CERO SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE.)

ADRIANA M GUACA R

NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CC 39580750

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor: VB P/A Jette Katherine Sosa P.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
Secretaría Salud

Institución vacunadora: Consulta Pública

Fecha de generación del carné: miércoles, 16 de enero de 2019 03:46 p.m.

Datos del Vacunado

Tipo de identificación:	Cédula de Ciudadanía	Número de identificación:	39580750
Nombres y Apellidos	ADRIANA RUIZ GUACA RUIZ		
Fecha de nacimiento:	12/10/1982		

Vacuna	Dosis	Fecha	Nombre comercial	Lote	Institución vacunadora
nti - Rábica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
ntirrábica profiláctica	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
PT	Única				
PT Acelular	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
	Cuarta dosis				
	Quinta dosis				
	Refuerzo				
	Única				
iebre amarilla	Primera dosis				
	Refuerzo				
iebre tifoidea	Primera dosis				
	Segunda dosis				
lepatitis A	Primera dosis				
	Segunda dosis				
lepatitis A, Hepatitis B	Primera dosis				
	Segunda dosis				
	Tercera dosis				
lepatitis B	Primera dosis	10/04/2008	Hepavax Gene		
	Segunda dosis	15/05/2008	Hepavax Gene		
	Tercera dosis	17/12/2008	Hepavax Gene		
	Refuerzo	28/03/2016	Hepavax Gene		
nfluenza	Única	05/09/2018	Vaxigrip	R3B44	
leningococo	Única				
leningococo Conjugado	Única				
leningococo Polisacárido	Primera dosis				
leumo Conjugado	Única				
leumo Polisacárido	Primera dosis				
	Refuerzo				
leumococo	Primera dosis				
	Refuerzo				

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

soi — BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN — CEDULA DE CIUDADANIA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN — 39680750
NOMBRE O RAZON SOCIAL — ADRIANA MARITZA GUACA RUIZ
CIUDAD/MUNICIPIO — BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO — BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN — CALLE 24 A # 57-69 TELEFONO — 7601844
TIPO APORTANTE — 02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE — I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA — PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA — Otras actividades de atención de la salud humana
FORMA DE PRESENTACIÓN — UNICO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) — NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA — **7708195684** TIPO DE PLANILLA — I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACION OTROS — MES diciembre AÑO 2018 PERIODO COTIZACIÓN SALUD — MES diciembre AÑO 2018
DÍAS DE MORA — 0
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) — 2019/01/02 NUMERO AUTORIZACIÓN — 401484040

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACION	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
230201	230201- PROTECCION (ING+PROTEC)	1	$ 196 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 196 700	$ 0	$ 196 700
SUBTOTALES:										**$ 196.700**	**$ 0**	**$ 196.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACION	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACION	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACION COTIZACION	LIQUIDACION UPC	MORA COTIZACIÓN	MORA UPC	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 153 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 153 700	$ 0	$ 0	$ 153 700
SUBTOTALES:													**$ 153.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 153.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	ADMINISTRADORA NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-28	14-28-SURATEP-AGRICOLA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 30 000	$ 30 000	$ 0	$ 0	$ 30 000
SUBTOTALES:									**$ 30.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 30.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE

N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	SAL INTEGRAL	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA
1	CC 39680750	GUACA RUIZ ADRIANA MARITZA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2 400 000				NO

NOVEDADES

N°	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	X							X									

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

N°	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
1	230201-PROTECCION (ING+PROTEC)	30	$ 1 229 000	$ 196 700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 196 700

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

N°	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACION	Vr UPC	TOTAL APORTE
1	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1 229 000	$ 153 700	$ 0	$ 153 700

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

N°	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
1	14-28-SURATEP-AGRICOLA	30	$ 1 229 000	39680750	$ 30 000

PARAFISCALES

N°	DIAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE
1		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 380.400

Planilla Pagada