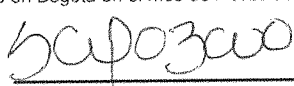
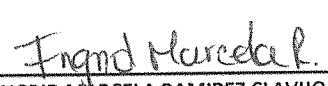


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA																			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO																	
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO		52749417												
CORREO ELECTRONICO:		ingridrami22@gmail.com					CELULAR:		3112018931										
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							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:		5061-2019				N° DE PAGOS DEL CONTRATO				PAGO 1 DE 3									
NÚMERO DE CDP		332		FECHA		28/02/2019		NÚMERO DE CRP		17875		FECHA		05/03/2019					
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	
						5		3		2019				31		3		2019	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$3.972.074															
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.												\$7.944.148							
VALOR EJECUTADO												\$3.574.866							
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA												\$3.574.866							
VALOR A LIBERAR												\$0							
SALDO POR EJECUTAR												\$4.369.282							
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN												45%							
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:																			
Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.070.290, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.																			
Número de Planilla		IBC DE COTIZACION		APORTE A SALUD 12.5% IBC		APORTE PENSION 16% IBC		NIVEL ARL		APORTE ARL		TOTAL APORTES							
8489233235		\$1.498.869,00		\$187.400		\$239.900		3		\$36.600		\$463.900							
Dado en Bogotá en el mes de marzo del año Dos Mil diecinueve (2019). 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							

Ubicación del Servicio:	FO09	Sede:	CADE
No. DE CONTRATO:	5061-2019	Periodo certificado desde el	
		Día	Mes
		5	3
		Año	2019
		a	31
		Día	Mes
		31	3
		Año	2019
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID MARCELA RAMIREZ 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	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 DE PLAN DE ACCION PARA LA VIGENCIA MARZO DICIEMBRE 2019			SEGUIMIENTO PLAN DE ACCION MARZO 2019	
• Revisión, validación, seguimiento y cierre de casos notificados que cumplan con definición de caso de morbilidad neonatal extrema.		SI	REVISION SEMANAL DE LA CALIDAD DE LOS CASOS DIGITADOS EN EL DRIVE. FICHA DE NOTIFICACION Y ENTREVISTA. SE HACE VERIFICACIÓN DE 200 CASOS NOTIFICADOS POR LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA			SE RELIZA PRECRITICA SEMANAL DE BASE DE DATOS CASOS MNE NOTIFICADOS Y ENTREVISTAS . SE RELIZA DEPURACION DE BASE MARZO MNE CON UN TOTAL DE 200 CASOS NOTIFICADOS Y 160 ENTREVISTAS EFECTIVAS, DONDE SE DEBEN REALIZAR DIVERSOS AJUSTES POR PARTE DE LAS PROFESIONALES DE ENFERMERIA EN BASE DE ESTA ACTIVIDAD SE REALIZA ACTA MENSUAL DONDE CADA UNA DE LAS PROFESIONALES ENTREGA. SE REVISAN 68 SEGUIMIENTOS MENSUALES A CARDIOPATIAS Y SE REALIZA GESTION CON ASEGURAMIENTO DISTRITAL PARA OPTIMIZAR ATENCION DE CASOS CON BARRERAS ADMINISTRATIVAS CON EAPB.	
• 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 150 CASOS			BASE DE DATOS CON 150 CASOS MNE RESIDENTES EN BOGOTÁ, LOS CUALES SON CANALIZADOS A ESPACIO VIVIENDA A LA REFERENTE DISTRITAL LAURA BOCANEGRA. MEDIANTE CORREO ELECTRONICO. SE REALIZA ENVO SEMANAL DE LA INFORMACION. E INFOGRAFIA A REFERENTE DISTRITAL DE LA MNE	
• 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			IASE DE DATOS DE CONCURRENCIA DE CASOS NOTIFICADOS EN EL MES DE MARZO. SE REALIZA CONCURRENCIA TELEFONICA A 20 CASOS SELECCIONADOS AL AZAR.	
• Realizar el análisis epidemiológico e identificación de factores asociados a los eventos de Morbilidad neonatal extrema, a (Un documento trimestral).		NO	NO APLICA			NO APLICA	
• 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			SE RELIZA CRUCE DE DATOS DE 200 CASOS MNE CON BASE DE DATOS DE DEFECTOS CONGENITOS, MORBILIDAD MATERNA, MORTALDAD MATERNA, ENFERMEDADES HUERFANAS Y PERINATAL	
• Elaboración de artículos relacionados con la MNE para su publicación.		SI	SE PARTICIPA EN LA ELABORACIÓN DEL ARTÍCULO			AVANCES DEL ARTICULO PARA LA VIGENCIA. REDACCION Y ANALISIS ESTADISTICO	
• 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	SE REALIZARON 3 REUNIONES. CON LIDER DISTRITAL DONDE SE REVISARON AVANCES PARA ARTICULO, Y PRODUCTOS DEL MES DE MARZO			4 ACTAS DE REUNION Y LISTADO DE ASISTENCIA.	
• Retroalimentar a las Unidades de cuidado intensivo neonatal, sobre los hallazgos identificados en la Vigilancia Centinela de la Morbilidad neonatal extrema.		SI	REUNIONES CON COMUNIDAD, SOCIALIZACION DE DERECHOS CONGENITOS.			2 ACTAS DE REUNION Y LISTADO DE ASISTENCIA	
• Depurar, validar y actualizar las bases de datos.		SI	DEPURACION DE BASE DE DATOS MENSUAL, SE HACE LA DEPURACIÓN CON LAS ENFERMERAS DE LA BASE DE MARZO 2019 CON 200 CASOS NOTIFICADOS Y 160 ENTREVISTAS			DEPURACION DE BASE DE DATOS MENSUAL, SE HACE LA DEPURACION CON LAS ENFERMERAS DE LA BASE DE MARZO CON 200 CASOS NOTIFICADOS Y 170 ENTREVISTAS	
• 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			SE REALIZA BAI MENSUAL Y TABLERO DE CONTROL POR PATOLOGIA Y UPGD CENTINELA	

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3.574.866 TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL OCHOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

CONTRATISTA	INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO	Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor	SCAPAZO
-------------	--------------------------------	--	---------

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

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52749417		RAMIREZ CLAUDIO INGRID MARCELA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	Calle 146 21 75	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	7605239	SI
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		Valor
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Limite	Pago				
2019-02	423894537	8489233235	I	2019/03/06	2019/03/18	BANCO DAVIVIENDA		12	
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$239,900	\$2,200	\$0	\$242,100	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$239,900	\$2,200	\$0	\$242,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$36,600	\$400	\$0	\$37,000	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$36,600	\$400	\$0	\$37,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$30,000	\$300	\$0	\$30,300	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$30,000	\$300	\$0	\$30,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$187,400	\$1,700	\$0	\$189,100	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$187,400	\$1,700	\$0	\$189,100	
TOTAL				1	\$498,500	\$4,600	\$0	\$498,500	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 52749417		RAMIREZ CLAYTON INGRID MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 146-21 75	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605239	SI	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Tipo	Fecha	Pago	Dias Mora	Valor	
2019-02		425994537	6489233235	I	2019/03/06	2019/03/18	BANCO DAVIVIENDA	12	\$498,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																							
					\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400			\$1,498,896	\$30,000			\$1,498,896	\$36,600			\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							
1	CC	52749417	RAMIREZ INGRID	310201	30	\$1,498,896			\$1,498,896	\$239,900	EP5008	30	\$1,498,896	\$30,000	14-11	30	\$1,498,896	\$36,600			\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$1,498,896	\$239,900			\$1,498,896	\$187,400			\$1,498,896	\$30,000			\$1,498,896	\$36,600			\$0	\$0	