CAYB

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR 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:	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	%
	K19	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:	0535-2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			PAGO 1 DE 2			
NÚMERO DE CDP	32	FECHA	12/01/2018	NÚMERO DE CRP	8207	FECHA	31/01/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales especializados 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	2	2018		28	1	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.873.620									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES: Contratado por medio tiempo.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO	
CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$3.747.240
VALOR EJECUTADO	$1.873.620
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.873.620
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1.873.620
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	50%

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 **$1.953105**, 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
8476193545	$781.242,00	$97.700	$125.000	3	$19.100	**$241.800**

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

SMITH LOZANO GUEVARA
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

BOGOTA **Febrero** **2018**

CUENTA DE COBRO **1**

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT 900.959.048-4
DEBE A

INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO
CC. N° **52749417** **Bogota**

Por concepto de servicios prestados durante el mes de Febrero de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0535-2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR: **30 DIAS**
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: **0**

TOTAL COBRO: **MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISIENTOS VEINTE PESOS M/CTE**
TOTAL: $ 1.873.620

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
A consignar el valor correspondiente
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE___ No 4518 7005 8885
DEL BANCO: DAVIVIENDA

CENTRO DE COSTO	PORCENTAJE %	VALOR
K10	0%	$ -
K12	0%	$ -
K23	0%	$ -
K13	0%	$ -
K14	0%	$ -
K16	0%	$ -
K07	0%	$ -
K18	0%	$ -
K19	100%	$ 1.873.620
K09	0%	$ -
TOTAL	100%	$ 1.873.620

	SI	NO
BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017	X	
DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE	X	
QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT ($44,603,000)	X	

CORDIALMENTE,

INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO

CC. N° 52.749.417 Bogota email: ingridrami22@gmil.com
TELEFONO CELULAR No 3112018931
,

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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	3/04/2017	
		Código	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FO09									
			Sede: CADE							
No. DE CONTRATO:	0535-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año	
			1	2	2.018		28	2	2.018	
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	INGRID MARCELA RAMIREZ CLAVIJO		C. C.		52.749.417		DE		Bogota	

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados 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
Documento de análisis descriptivo retrospectivo que contenga introducción, objetivos, metodología, resultados, estimación de medidas de asociación, conclusiones y recomendaciones.	SI	Se realiza Documento de análisis de gestion 2017 de defectos congénitos en Bogotá.	Documento Word y libro excel el cual contiene tablas de analisis
Realizar análisis y triangulación de la información con los eventos de embarazo en adolescente, morbilidad neonatal extrema y morbimortalidad por ERA.	SI	Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por Institucion y la Secretaria distrital de salud * Asistencia y participación como parte del grupo de Vigilancia en Salud Pública de Malformaciones Congénitas, al espacio de asistencia técnica convocado en las instalaciones de la Secretaria Distrital de Salud - Grupo Materno perinatal, Secretaria Distrital de Salud y Subdirección de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaria Distrital de Salud	* Acta y listado de asistencia de participación a los espacios convocados
Apoyo en la elaboración de artículos relacionados con la VSP de defectos congénitos para su publicación.	SI	Se realiza Documento de análisis de gestion 2017 de defectos congénitos en Bogotá.	Documento Word y libro excel el cual contiene tablas de analisis

OBSERVACIONES: Profesional especisalizado por medio tiempo

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1.873.620 UN MILLON OCHOCIENTOS SETENTA Y TRES MIL SEISIENTOS VEINTE PESOS

CONTRATISTA NOMBRE COMPLETO CÉDULA Y FIRMA DEL Ingrid Ramirez 52.749.417

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52749417		RAMIREZ CLAVIJO INGRID MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 # 8 g - 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605239	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	75541505	8476193545	I	2018/02/06	2018/02/15	BANCO DE OCCIDENTE	9	$259,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$749,400**	**$15,000**			**$781,242**	**$19,100**		**$749,400**	**$0**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$781,242**	$125,000			**$781,242**	$97,700			**$749,400**	$15,000			**$781,242**	$19,100		**$749,400**	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$781,242**	$125,000			**$781,242**	$97,700			**$749,400**	$15,000			**$781,242**	$19,100		**$749,400**	$0
1	CC	52749417	RAMIREZ INGRID	230201	30	$781,242	$125,000	EPS017	30	$781,242	$97,700	CCF21	30	$749,400	$15,000	14-28	30	$781,242	$19,100	30	$749,400	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$781,242**	**$125,000**			**$781,242**	**$97,700**			**$749,400**	**$15,000**			**$781,242**	**$19,100**		**$749,400**	**$0**

PAGADO

aportes en línea

Resumen G[illegible]

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52749417		RAMIREZ CLAVIJO INGRID MARCELA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 168 # 8 g - 61	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7605239	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-02	2018-02	75541505	8476193545	I	2018/02/06	2018/02/15	BANCO DE OCCIDENTE	9	$259,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$125,000	$1,000	$0	$126,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$19,100	$200	$0	$19,300
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$19,100	$200	$0	$19,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$15,000	$200	$0	$15,200
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$15,000	$200	$0	$15,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$97,700	$800	$0	$98,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$97,700	$800	$0	$98,500
TOTAL				**1**	**$256,800**	**$2,200**	**$0**	**$259,000**

PAGADO