Secretaria 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:	IGNACIO MANUEL ZARANTE MONTOYA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	79448792							
CORREO ELECTRONICO:	izarante@gmail.com				CELULAR:	3104763051							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					FONTIBON - FO09								
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	%	
	FO09K32	100											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20225683850								PENSIONADO	No			

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	310-2020			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			4 DE 5		
NÚMERO DE CDP	505 708	FECHA	03/04/2020 30/04/2020	NÚMERO DE CRP	20673 25301	FECHA	04/04/2020 03/05/2020		
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 SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional**								
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	DIA	MES	AÑO	HASTA	DIA	MES	AÑO	
		1	5	2020		31	5	2020	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$1.986.037								
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:	$10.327.392
VALOR EJECUTADO	$9.930.185
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1.986.037
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$397.207
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	96%

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 **$2,194,507**, 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
7751541960 / 7752721121	$ 877.803,00	$ 109.725	$ 140.448	3	$ 21.383	**$271.557**

Dado en Bogotá en el mes de mayo del año Dos Mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

SMITH EDITH LOZANO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

IGNACIO MANUEL ZARANTE MONTOYA
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	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	03/04/2017	
		Código:	04-02-FO-0003	

Ubicación del Servicio:	FONTIBON - FO09									Sede: FONTIBON		
No. DE CONTRATO:	310-2020	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año			
			01	05	2020		31	05	2020			
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	IGNACIO MANUEL ZARANTE MONTOYA		C. C.		79448792		DE		Bogotá			

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 SUROCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI X NO ___ **Servicios:** SI X NO ___

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Fortalecimiento de capacidades técnicas a los equipos de salud de las IPS, EAPB y del PIC	SI	Realización de capacitaciones según las solicitudes de los equipos, IPS o EAPBs	Presentaciones Actas y listados de asistencia
Elaboración de artículo de investigación de la vigilancia de la MNE	SI	Escritura y sometimiento de artículos y presentaciones en eventos científicos	Artículos
Participar en las unidades de análisis de las muertes de niños con malformaciones de SNC, cromosomopatías y cardiopatías congénitas	SI	Asistencia, análisis y asesoría en las unidades de análisis	Actas de unidades de análisis
Identificación de niños y niñas con malformaciones congénitas a través de las modalidades caso control y SIVIGILA	SI	Recolección de casos notificados en Ficha 215 de SIVIGILA, Fichas de Notificación de MNE y Fichas de Anomalías Congénitas	Base de datos
Realizar el proceso de alistamiento para las auditorías internas y externas que realicen al respectivo proceso	SI	Realizar el proceso de alistamiento de las bases de datos para las auditorías	Bases de datos
Gestión con UPGD para notificación de casos de hipotiroidismo congénito identificados por el laboratorio de Salud Pública al SIVIGILA	SI	Recolección de casos notificados en Ficha 215 de SIVIGILA	Bases de datos
Mantener el liderazgo en la mejora continua, la participación, la innovación, la investigación y la comunicación para la consolidación del modelo de atención.	SI	Desarrollo de las capacitaciones realizadas en los diferentes espacios a los que es convocado el Proyecto (se realizaron 5 en el mes)	Listado de asistencias y Actas, Presentaciones
Vigilar casos probables de rubéola congénita, gestionando su notificación inmediata e individual	SI	Realización de fichas, órdenes de exámenes para pacientes con sospecha de rubeola congénita	Bases de datos
Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.	SI	Diligenciamiento de actas de capacitaciones y actas de reuniones de grupo	Listado de asistencias y Actas
Realizar las actividades asignadas mensualmente para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados y entregar los soportes de ejecución, datos e información requerida de acuerdo a la asignación de actividades o a los requerimientos de servicios, para la adecuada sustentación de resultados, operación y administración de los ámbitos en los cuales interviene.	SI	Reunión de coordinación	Acta / Listado de asistencia
Apoyar el poroceso de la referencia y contrareferencia cuando se requiera dentro de la estrategia de redes de servicio de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	SI	Revisión, gestión y acompañamiento a los casos en espera de remisión	Bases de datos
Implementar el procedimiento de canalización para el acceso a los servicios de salud con el fin de aportar de manera efectiva al fortalecimiento de la demanda inducida, así como a servicios sociales de acuerdo a las necesidades identificadas en la población y posteriormente realizar seguimiento a la efectividad de la canalización. Coordinación del equipo de seguimiento.	SI	Trabajo con las EAPBs y las IPSs para que mejoren la atención a esta población. Análisis de la base de datos	Bases de datos

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): $1,986,037 (UN MILLÓN NOVECIENTOS OCHENTA Y SEIS MIL TREINTA Y SIETE PESOS)

IGNACIO MANUEL ZARANTE MONTOYA CC 79448.792 de Bogotá

Fecha : 15/05/2020 Firma de recibido supervisor:

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79448792
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IGNACIO MANUEL ZARANTE MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 56 152B60 INT 3 APTO 202	TELÉFONO:	5484841
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7751541960**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES: abril	PERIODO COTIZACIÓN		MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2020	SALUD:		AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/05/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		618431077	

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 140.500
SUBTOTAL:			1	**$ 140.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 109.800
SUBTOTAL:			1	**$ 109.800**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 17.600
SUBTOTAL:			1	**$ 17.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 267.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79448792
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			IGNACIO MANUEL ZARANTE MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 56 152B60 INT 3 APTO 202	TELÉFONO:	5484841
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7752721121**	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2020	SALUD:	AÑO:	2020
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2020/05/15	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		626301285

NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7751541960	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2020/05/06

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	$ 0
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	$ 0
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860013570	CCF21	CCF21-CAFAM	1	$ 0
SUBTOTAL:			1	$ 0
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 21.400
SUBTOTAL:			1	$ 21.400

TOTAL PAGADO:	**$ 21.400**