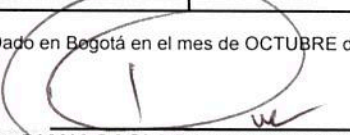
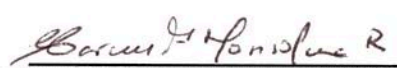


INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA													
NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CARMEN FLOR MONSALVE RINCON											
TIPO DE DOCUMENTO:		C.C	X	C.E	NO.		35327568						
CORREO ELECTRONICO:		CARMENFLORMONSALVE@HOTMAIL.COM					CELULAR:		3176780428				
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:							CENTRO GERIATRICO ABASTOS - SU39						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		PIC					SEDE:		Sur				
CENTRO DE COSTOS:		Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%
		K30	100%										
ENTIDAD FINANCIERA:		DAVIVIENDA					TIPO DE CUENTA:		Ahorros				
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		092544733							PENSIONADO		NO		
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS													
NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:		0501 2018					N° DE PAGOS DEL CONTRATO		PAGO 9 DE 11				
NÚMERO DE CDP		1416	FECHA	22/08/2018	NÚMERO DE CRP		36810	FECHA	31/08/2018				
OBJETO DEL CONTRATO:		Prestar servicios de apoyo 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	10	2018			31	10	2018		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:		\$1.232.426											
TIPO DE SERVICIOS		PIC					RESERVA DE GLOSA 2%		\$0				
OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercute 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:								\$13.556.686					
VALOR EJECUTADO								\$11.091.834					
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA								\$1.232.426					
VALOR A LIBERAR								\$0					
SALDO POR EJECUTAR								\$2.464.852					
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN								82%					
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 COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES							
1014647146	\$781.242,00	\$97.700	\$125.000	3	\$19.100	\$246.500							
Dado en Bogotá en el mes de OCTUBRE del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,													
 DIANA PAOLA RAMIREZ WALTEROS NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:								 CARMEN FLOR MONSALVE RINCON NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA					

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



Ubicación del Servicio:	PIC	Sede: PAPS ABASTOS					
No. DE CONTRATO:	0501 2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día Mes Año
NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN FLOR MONSALVE RINCON	C. C.	1	10	2.018	35.327.568	31 10 2.018
						DE	BOGOTA

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios de apoyo 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 X NO

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.	SI	Durante el mes se da cumplimiento con las actividades designadas según los lineamientos dados por la SDS, se desarrollaron acciones de reconocimiento de los barrios priorizados en las Localidades de Bosa y Kennedy	se entregan listados de asistencia a nodos y sensibilizaciones y sus respectivas convocatorias
Desarrollo de Acciones Itinerantes en el Espacio Público.	SI	Se realizaron los respectivos productos como lo son.	Actas, listados de asistencia, formatos de caracterización.
Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred.	SI	Durante el mes se participa en el desarrollo de las Jornadas	se entregan listados de convocatoria o demanda inducida
Desarrollar actividades de control social, información, sensibilización	SI	En el mes se han realizado y entregado canalizaciones.	se entregan formatos de caracterización y listados de asistencia y convocatoria
Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.	SI	Se implementaron las actividades de reconocimiento barrial, caracterización, reuniones de articulación intersectorial.	se entregan listados de asistencia y sensibilizaciones
Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.	SI	Por medio de las actividades realizadas este mes se da cumplimiento con cada uno de los objetivos propuestos que tiene como finalidad el empoderamiento de las acciones.	Se entregan listados de asistencia a sensibilizaciones y apoyo a nodos de seguridad alimentaria y nutricional
Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud.	SI	Se participo en una asistencia técnica con la Secretaria de Salud con el programa de Barrios Promotores de Salud Urbana	se entregan listados de asistencia
Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.	SI	Se realiza articulación con líderes comunitarios de los barrios priorizados	se entregan listados de asistencia
Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	SI	Se realiza procesos de convocatorias a la población en las localidades Kennedy y Bosa con el fin de invitarlos a la participación y consolidación de nodos.	se entregan listados de asistencia y convocatoria
Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente del espacio asignado.	SI	Organización de soportes de acuerdo a lo establecido en el lineamiento y las indicaciones por parte de la subred suroccidente de espacio público	Ajustes en el cronograma
Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.	SI	Durante el mes se entregan los informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.	listados de asistencia a la jornada y actas y formato de recolección de datos y listados de convocatoria
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.	SI	Se presentaron los soportes debidamente diligenciados y organizados según lineamientos.	listados de asistencia a la jornada y actas y formato de recolección de datos y listados de convocatoria
Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)	SI	Se tendrá en cuenta al momento de presentar auditoría en las diferentes entidades, asumiendo la responsabilidad de los hallazgos evidenciados.	Asumo mi responsabilidad sobre la glosa con respecto a las acciones que desarrollo.

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$1,232,426 Un millón doscientos treinta y dos mil cuatrocientos veintiséis pesos moneda corriente

Carmen Flor Monsalve Rincon

Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: CARMEN FLOR MONSALVE RINCON C.C. 35327568

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

Simple

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2018-10-11, 07:07:19 PMTipo PlanillaNúmero Planilla 1014647146Referencia pago(PIN) 8884216180

Cliente:Periodo Cotización 201809Periodo Servicio201809

PAGADA 2018-09-04

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	CARMEN FLOR MONSALVE RINCON				
Documento	CC 35327568	Dirección	CRR 96 G BIS N 16 F 65		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4157869		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 35327568		Residente	Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					MONSALVE RINCON CARMEN FLOR	11001000 - 11	

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades	S. Integral	Salario	Pensión				Salud				Riesgos				Caja		Parafiscales									
			Código AFP	Tarifa AFP	Total Aporte AFP	Total Aporte EPS	Código EPS	Tarifa EPS	Total Aporte Salud	Total Aporte URC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	Total Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	Total Aporte Caja	Tarifa SENA	Total Aporte KMP	Total Aporte KMP						
ING																										
RET																										
TDE																										
TAE																										
TDP																										
TAP																										
VSP																										
COR																										
VST																										
LN																										
IGE																										
LMA																										
VAC																										
AVP																										
VCT																										
BRP																										
Días AFP																										
Días EPS																										
Días ARP																										
Días CCF																										
TOTALES		\$ 781.242	25-14	16 %	\$ 781.242	\$ 125.000	\$ 0	\$ 0	EPS-04	12,5 %	\$ 781.242	\$ 97.700	\$ 0	14-28	3	2,436 %	\$ 781.242	\$ 19.100	CCF-24	0,8 %	\$ 781.242	\$ 4.700	0 %	\$ 0	0 %	\$ 0

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSFS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MEDIMAS EPS	ARP SURTA	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 125.000	\$ 0	\$ 0	\$ 97.700	\$ 19.100	\$ 4.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 246.500