	CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	1
		Fecha de aprobación	09/11/2016
		Código:	15-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN ELISA CARABALI GARCIA												
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		NO.	34608998							
CORREO ELECTRONICO:	carmen.carabali@hotmail.com				CELULAR:	3125490910							
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	PA21												
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	SALUD PUBLICA				SEDE:	PABLO VI							
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	
	K27	100%											
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA				TIPO DE CUENTA:	Ahorros							
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62410608621								PENSIONADO	No			

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

NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:	0696- 2018			N° DE PAGOS DEL CONTRATO			5 DE 5			
NÚMERO DE CDP	961	FECHA	06/06/2018	NÚMERO DE CRP	24236	FECHA	31/05/2018			
OBJETO DEL CONTRATO:	Prestar servicios profesionales a al gestión administrativay/o asistencial en el area 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	6	18		30	6	18		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$3.070.655									
TIPO DE SERVICIOS	PIC	RESERVA DE GLOSA 2%	$0							

OBSERVACIONES:

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	$15.353.275
VALOR EJECUTADO	$15.353.275
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
8480436627	$1.228.000,00	$153.500	$196.500	3	$30.000	**$380.000**

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

ANGELA MARIA FORERO
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

Carmen Elisa Carabali
CARMEN ELISA CARABALI GARCIA
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

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	03/04/2017
Código:	04-02-FO-0003

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

ıicación del Servicio:	PIC ESPACIO VIVIENDA			PABLO VI					
. DE CONTRATO:	0696-2018	Periodo certificado desde el	Día	Mes	Año	a	Día	Mes	Año
			1	6	2.018		30	6	2.018
)MBRE DEL CONTRATISTA:	CARMEN ELISA CARABALI GARCIA		C. C.	34.608.998		DE	NDER DE QUIL		

JETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos mo Odontóloga de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI __X__ NO ____ Servicios: SI ___ NO _____

OBLIGACIONES CONTRACTUALES	PROGRAMADO	ACTIVIDADES REALIZADAS	PRODUCTOS ENTREGADOS
ecificos Cumplir a cabalidad con las actividades es al perfil profesional conforme a lo establecido por lineamientos, estándares y portafolio con criterios de idad, calidad, oportunidad y pertinencia según rámetros descritos del componente, espacio y/o yectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de vicios de la Institución cuando sea requeridos y/o gnados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur cidente y la Secretaria Distrital de Salud.	SI	18 Planes Familiares Formulados 18 Planes Familiares Implementados 62 Mantenimiento de la Familia 1 Reuniones de Equipo Espacio Vivienda	Cartas de compromiso Formato de Caracterizacion Social y Ambiental Actas de Reunión de Analisis y Cartografia Matriz de Unidad de Analisis e Implementacion Formato Plan de Acción Cronograma Listado de Reunión de Equipo Mensual
r cumplimiento a las actividades y metas periódicas gnadas en el plan de acción, con base en las fichas icas y lineamientos definidos por la SDS-ESE, alizar seguimiento a los menores de cinco años alizados con identificación de riesgo establecidos en n de choque	SI	Durante el mes de Junio se realizaron activaciones de ruta correspondientes a las familias intervenidas con eventos de interes de salud publica	Formato de activación de rutas
alizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo s canalizaciones realizadas a los diferentes servicios stenciales y sociales, para articular el PIC y POS	SI	Se realizo seguimiento a las activaciones de rutas reaizadas por el profesional	Matriz de unidad de analisis e implementación.
ificar todos los eventos de interés en salud pública. alizar canalización de los casos prioritarios ntificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su mpetencia o informar a quien corresponda en lo cionado con acciones de instituciones distintas al ctor salud.	SI	Se realizaron notificaciones de eventos de interes en salud publica realizadas por el profesional	Formato de notificacion comunitaria o de interes en salud pública
mar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus eres y derechos respecto a la seguridad social en ud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y rticipación social con el fin de fortalecer la gestión. guimiento a las gestantes y menores de 5 años que senten algún factor de riesgo con su respectiva	SI	Se brindo información a las 62 familias intervenidas sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social	Matriz de unidad de analisis e implementación.
alizar entrega de soportes y velar por la custodia de mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando an requeridos acorde a las preauditorias del referente espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con dad de informes requeridos . Alistar soportes y sentar auditorias programadas tanto de la ESE como la firma auditora o SDS.	SI	Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma
sumir el 100% de Glosa generada por la firma rventora al determinar inconsistencias en soportes y/o ones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento meta, inconsistencia en soportes, entre otras). ticipar activamente en las jornadas de salud pública cunación, comunitarias, institucionales, locales) gramadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.	SI	Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira el 100% de la glosa generada	cartas de compromiso formato de caracterizacion social y ambiental actas de reunión de analisis y cartografia matriz de unidad de analisis e implementacion Formato plan de acción cronograma Listado de reunión de equipo mensual
rticipar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos dentificados de eventos trasmisibles, no trasmisibles y acciones de interés en salud publica. Asistir a las sistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.	SI	Participación en reunión de equipo y asistencias tecnicas programadas : PDA Salud Oral	Listados de asistencia, que den cuenta de la participación

SERVACIONES:

TAL A PAGAR tres millones setenta mil seicientos cincuenta y cinco mil pesos MCT 3.070.655

NOMBRE COMPLETO,CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA Carmen Carabali cc 34608998

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido 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 34608998		CARABALI GARCIA CARMEN ELISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 18 115 a 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	8480436627	8480436627	I	2018/06/26	2018/06/08	BANCO BOGOTA	0	$380,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,500	$0	$0	$196,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$196,500	$0	$0	$196,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$30,000	$0	$0	$30,000
ARP SURA (ANTES SURATEP)	14-28	800,256,161	9	1	$30,000	$0	$0	$30,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,500	$0	$0	$153,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$153,500	$0	$0	$153,500
TOTAL				1	$380,000	$0	$0	$380,000

PAGADO

2018/06/07 03:45 PM

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 34608998		CARABALI GARCIA CARMEN ELISA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cll 18 115 a 27	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2018-06	2018-06	8480436627	8480436627	I	2018/06/26	2018/06/08	BANCO BOGOTA	0	$380.000

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	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,228,000	$196,500			$1,228,000	$153,500			$0	$0			$1,228,000	$30,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$1,228,000**	**$196,500**			**$1,228,000**	**$153,500**			**$0**	**$0**			**$1,228,000**	**$30,000**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					**$1,228,000**	**$196,500**			**$1,228,000**	**$153,500**			**$0**	**$0**			**$1,228,000**	**$30,000**		**$0**	**$0**
1	CC 34608998	CARABALI CARMEN	230301	30	$1,228,000	$196,500	EPSG37	30	$1,228,000	$153,500		0	$0	$0	14-28	30	$1,228,000	$30,000	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$1,228,000**	**$196,500**			**$1,228,000**	**$153,500**			**$0**	**$0**			**$1,228,000**	**$30,000**		**$0**	**$0**

PAGADO