

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |                     |               |                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA | Versión             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br><small>Autógrafa del 20 de mayo de 2018</small> |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Fecha de aprobación | 8/11/2018     |                                                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Código              | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                                                      |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |      |                       |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|------|-----------------------|---|-----------------|-----|-----------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |      | JOHANNA FUENTES HIGUA |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |      | C.C                   | X | C.E             | NO. |                 | 39679873 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |      | johafu81@gmail.com    |   |                 |     | CELULAR:        |          | 3005184243      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |      | KENNEDY SU54          |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |      | PIC                   |   |                 |     | SEDE:           |          | BRITALIA        |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %    | Centro de costo       | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %        | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | K 27            | 100% |                       |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |      | DAVIVIENDA            |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |          | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |      | 8770119264            |   |                 |     | PENSIONADO      |          | NO              |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |     |                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                          |       |             |            |
|--------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------|-------------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |     | 0348 - 2018                                                                                                                                                                                                                                                    |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | PAGO 4 DE 4 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                            | 804 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                          | 18/04/2018 | NÚMERO DE CRP            | 19848 | FECHA       | 30/04/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |     | Prestar Servicios profesionales 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                | 5   | 2018 |             | 30  | 5   | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |       |                  |     |      | \$3.070.655 |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS           | PIC   | RESERVA DE GLOSA |     |      | \$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.

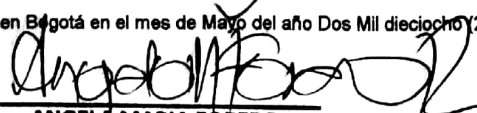
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$12.282.620 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$12.269.825 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3.057.860  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$12.795     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 99%          |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

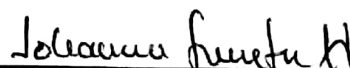
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 8479219472         | \$1.228.262,00    | \$153.540                | \$196.550              | 3         | \$30.000   | \$380.000     |

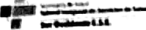
Dado en Bogotá en el mes de Mayo del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



**ANGELA MARIA FORERO**  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:



**JOHANNA FUENTES HIGUA**  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

|                                                                                   |                                                                    |                                 |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión: 1                      |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación: 06/05/2017 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código: 04-05-PO-0000           |                                                                                     |

|                                               |                               |
|-----------------------------------------------|-------------------------------|
| Ubicación del Servicio: PIC-ESPACIO VIVIENDA  | Sede: BINTALIA                |
| No. DE CONTRATO: 0346-2016                    | Período certificado desde el: |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: JOHANNA FUENTES HIGUA | C. C.: 30.679.873 DE SOACHA   |

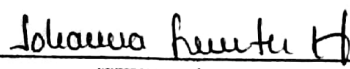
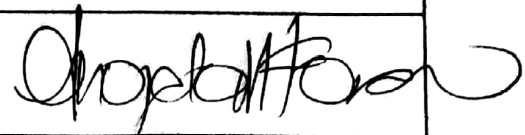
OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI ☒ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                              | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Específicas Cumplir a cabalidad con las actividades asignadas al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descriptos del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requerido y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud.</p> | SI         | <p>19 planes familiares formulados<br/>40 planes familiares implementados<br/>reunión de equipo</p>                                                                 | <p>cartas de compromiso<br/>formato de caracterización social y ambiental<br/>actas de reunión de análisis y cartografía<br/>matriz de unidad de análisis e implementación<br/>Formato plan de acción cronograma<br/>Listado de reunión de equipo mensual</p> |
| <p>Der 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-ESE. Realizar seguimiento a los menores de cinco años canalizados con identificación de riesgo establecidos en plan de choque</p>                                                                                                                                                                                                                                                               | SI         | <p>Se realiza activaciones de ruta correspondientes a menores de 5 años de acuerdo a las necesidades de las familias</p>                                            | <p>Formato de activación de rutas</p>                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales, para articular el PIC y POS</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SI         | <p>Seguimiento a las activaciones de rutas realizadas por el profesional teniendo en cuenta las necesidades de las familias</p>                                     | <p>Matriz de unidad de análisis e implementación.</p>                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Notificar todos los eventos de interés en salud pública. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponde en lo relacionado con acciones de instituciones distintas al sector salud.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                  | SI         | <p>Se realiza Notificación de eventos de interés en salud pública requeridos según caracterización de la familia de acuerdo a las presentadas durante el mes</p>    | <p>Formato de notificación comunitaria o de interés en salud pública</p>                                                                                                                                                                                      |
| <p>Informar a los individuos, familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud. Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social con el fin de fortalecer la gestión. Seguimiento a las gestantes y menores de 5 años que presentan algún factor de riesgo con su respectiva retroalimentación.</p>                                                                                                                                                                                            | SI         | <p>20 familias intervenidas por el profesional brindando información sobre sus deberes y derechos frente a la seguridad social en salud y participación social.</p> | <p>Matriz de unidad de análisis e implementación.</p>                                                                                                                                                                                                         |
| <p>Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las prescripciones del referente del espacio asignado. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos. Alistar soportes y presentar auditorios programados tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS.</p>                                                                                                                                                                                    | SI         | <p>Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes a las familias intervenidas en el mes</p>                                                           | <p>cartas de compromiso<br/>formato de caracterización social y ambiental<br/>actas de reunión de análisis y cartografía<br/>matriz de unidad de análisis e implementación<br/>Formato plan de acción cronograma<br/>Listado de reunión de equipo mensual</p> |
| <p>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). Participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales, locales) programadas por la Sub Red Sur Occidente ESE.</p>                                                                                                              | SI         | <p>Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumirá el 100% de la glosa generada</p>                          | <p>cartas de compromiso<br/>formato de caracterización social y ambiental<br/>actas de reunión de análisis y cartografía<br/>matriz de unidad de análisis e implementación<br/>Formato plan de acción cronograma<br/>Listado de reunión de equipo mensual</p> |
| <p>Participar 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 identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública. Asistir a las actividades técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente ESE como de la SDS.</p>                                                                                                                                             | SI         | <p>Reunión de equipo programada 24/05/2016</p>                                                                                                                      | <p>Listados de asistencia, que den cuenta de la participación</p>                                                                                                                                                                                             |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR: Tres millones cincuenta y siete mil ochocientos sesenta pesos MCTE \$ 3957860

|                                                                                         |                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|      |  |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:<br>JOHANNA FUENTES HIGUA C.C. 30679873 |                                                                                      |

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                        |                 |                    |            |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|------------------------|-----------------|--------------------|------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social           | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección  | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 38479873                   |    | FUENTES MIGUEL JOHANNA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | 06 3 83 02 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5355555  |                       | No |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |          |      |            |            |           |       |           |
|-----------------------------------|---------|----------|----------|------|------------|------------|-----------|-------|-----------|
| Periodo                           | Salud   | Clave    | Planilla | Tipo | Fecha      | Pago       | Días Mora | Valor |           |
| 2018-05                           | 2018-05 | 14478599 | 14478599 | 1    | 2018/05/18 | 2018/05/07 | 0         |       | \$340,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |                 |      |     |             |           |      |             |             |           |       |             |             |           |      |             |             |           |      |             |             |           |         |             |             |           |  |  |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|-----------------|------|-----|-------------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|-------|-------------|-------------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|------|-------------|-------------|-----------|---------|-------------|-------------|-----------|--|--|
| EMPLEADO                                         |                |          |                 |      |     | PENSION     |           |      |             |             |           | SALUD |             |             |           |      |             | CCF         |           |      |             |             |           | RIESGOS |             |             |           |  |  |
| No.                                              | Identificación | Nombres  | Código          | Días | IBC | Aporte      | Código    | Días | IBC         | Aporte      | Código    | Días  | IBC         | Aporte      | Código    | Días | IBC         | Aporte      | Código    | Días | IBC         | Aporte      | Código    | Días    | IBC         | Aporte      |           |  |  |
| Sucesos: PRINCIPAL (1 Afiliados)                 |                |          |                 |      |     | \$1,228,000 | \$196,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |       |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |         |             | \$1,228,000 | \$153,500 |  |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |                 |      |     | \$1,228,000 | \$196,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |       |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |         |             | \$1,228,000 | \$153,500 |  |  |
| Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |                 |      |     | \$1,228,000 | \$196,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |       |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |         |             | \$1,228,000 | \$153,500 |  |  |
| 1                                                | CC             | 38479873 | FUENTES JOHANNA | 30   |     | \$1,228,000 | EP017     | 30   | \$1,228,000 | \$153,500   |           |       | \$1,228,000 | \$153,500   |           |      | \$1,228,000 | \$153,500   |           |      | \$1,228,000 | \$153,500   |           |         | \$1,228,000 | \$153,500   |           |  |  |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |                 |      |     | \$1,228,000 | \$196,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |       |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |      |             | \$1,228,000 | \$153,500 |         |             | \$1,228,000 | \$153,500 |  |  |

PAGADO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                       |                 |                    |             |                     |          |                       |    |
|-------------------------------|----|-----------------------|-----------------|--------------------|-------------|---------------------|----------|-----------------------|----|
| Identificación                | dv | Razon Social          | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF | No |
| CC 39679873                   |    | FUENTES HIGUA JOHANNA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Cg. 3 83 02 | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 5555555  |                       | NO |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |       |          |          |            |       |            |            |                    |           |
|-----------------------------------|-------|----------|----------|------------|-------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Periodo                           | Clave | Planilla | Planilla | Tipo       | Fecha | Pago       | Días Mora  | Valor              |           |
| Pensión                           | Salud | 2018-05  | 34478599 | 8479219472 | 1     | 2018/05/18 | 2018/05/07 | BANCO DE OCCIDENTE | 0         |
| 2018-05                           |       |          |          |            |       |            |            |                    | \$380,000 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$196,500        | \$0            | \$0                    | \$196,500        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
| ARP SURA (ANTES SURATEP) | 14-28  | 800,256,161 | 9  | 1         | \$30,000         | \$0            | \$0                    | \$30,000         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$153,500        | \$0            | \$0                    | \$153,500        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$380,000</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$380,000</b> |  |

# PAGADO