

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE  
PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR  
TESORERÍA

Versión 1  
Fecha de aprobación 09/11/2016  
Código 15-02-FO-0002



| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     |                          |   |                                                                  |          |                 |   |            |  |     |  |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--------------------|-----|--------------------------|---|------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|---|------------|--|-----|--|------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                             |  |                   |      | JAVIER SOSA BAQUERO                                                                                                                                                                                                                                             |   |                    |     |                          |   |                                                                  |          |                 |   |            |  |     |  |      |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                   |      | C.C                                                                                                                                                                                                                                                             | X | C.E                | NO: |                          |   |                                                                  | 80213818 |                 |   |            |  |     |  |      |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |      | megabaquero@gmail.com                                                                                                                                                                                                                                           |   |                    |     | CELULAR:                 |   |                                                                  |          | 3107979954      |   |            |  |     |  |      |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                         |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     | FO09                     |   |                                                                  |          |                 |   |            |  |     |  |      |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                             |  |                   |      | PIC                                                                                                                                                                                                                                                             |   |                    |     | SEDE:                    |   |                                                                  |          | FONTIBON        |   |            |  |     |  |      |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |      | 44874904497                                                                                                                                                                                                                                                     |   |                    |     | PENSIONADO               |   |                                                                  |          | NO              |   |            |  |     |  |      |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                            |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     |                          |   |                                                                  |          |                 |   |            |  |     |  |      |  |
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                      |  |                   |      | 3628-2018                                                                                                                                                                                                                                                       |   |                    |     | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |   |                                                                  |          | 6 DE 6          |   |            |  |     |  |      |  |
| NUMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |  | 1108              |      | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                           |   | 30/06/2018         |     | NUMERO DE CRP            |   | 30625                                                            |          | FECHA           |   | 30/06/2018 |  |     |  |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                |  |                   |      | Prestar servicios Profesionales a la gestion 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                  |     | 7                        |   | 2018                                                             |          |                 |   | 30         |  | 7   |  | 2018 |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                             |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     |                          |   |                                                                  |          | \$16.786.247    |   |            |  |     |  |      |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                     |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     |                          |   |                                                                  |          | \$16.786.247    |   |            |  |     |  |      |  |
| 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 <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% |     | NIVEL ARL                |   | APORTE ARL                                                       |          | TOTAL APORTES   |   |            |  |     |  |      |  |
| 8480957537                                                                                                                                                                                                                                          |  | \$1.228.300,00    |      | \$153.600                                                                                                                                                                                                                                                       |   | \$196.600          |     | 3                        |   | \$30.000                                                         |          | \$380.200       |   |            |  |     |  |      |  |
| Dado en Bogotá en el mes de JULIO del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente.                                                                                                                    |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     |                          |   |                                                                  |          |                 |   |            |  |     |  |      |  |
| <br><b>ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                                                                                                          |  |                   |      |                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |                    |     |                          |   | <br><b>JAVIER SOSA BAQUERO</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA |          |                 |   |            |  |     |  |      |  |

# INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

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



|                         |                       |                              |                       |        |
|-------------------------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|--------|
| Ubicación del Servicio: | PIC- ESPACIO VIVIENDA |                              | Sede: FONTIBON - FO09 |        |
| No. DE CONTRATO:        | 3628 - 2018           | Periodo certificado desde el | Día                   | Mes    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JAVIER SOSA BAQUERO   | C. C.                        | 80 213 818            | BOGOTÁ |

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios Profesionales a la gestion 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                                                                                                                                                                                                                          | PROGRAMA DO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                   |
| Cumplir a cabalidad con las actividades a fines al perfil profesional conforme a lo establecido en los lineamientos , estandares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parametros descritos del espacio | SI          | Acciones de focalizacion, 15 sesiones de acercamiento, 15 sesiones de seguimiento #2, 8 sesiones de seguimiento #3, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas metodologicas, , formatos de actas                       |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de accion con base en las fichas tecnicas y lineamientos definidos por la SDS/ESE                                                                                       | SI          | Acciones de focalizacion, 15 sesiones de acercamiento, 15 sesiones de seguimiento #2, 8 sesiones de seguimiento #3, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas metodologicas, , formatos de actas                       |
| Caracterizacion de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento                                                                                                                                             | NO          | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                      |
| Participar activamente en las jornadas de salud publica (vacunacion, comunitarias, institucionales entre otras) Programadas tanto por la SDS como por la sub red Suroccidente o las contempladas en el plan de accion del espacio asignado          | NO          | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                      |
| Realizar induccion a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y POS                                                                              | NO          | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                      |
| Alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o secretaria.                                                                                                                                         | SI          | Acciones de focalizacion, 15 sesiones de acercamiento, 15 sesiones de seguimiento #2, 8 sesiones de seguimiento #3, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes | Entrega de fisica de Actas , Formatos , PAP 20 Y PAP 030 de las sesiones de Segumientos de la atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia                                                 |
| Notificar todos los eventos de interes en salud publica                                                                                                                                                                                             | NO          | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                      |
| Informar a los individuos familias y/o colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud                                                                                                                              | NO          | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                      |
| Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participacion social con el fin de fortalecer la gestion.                                                                                                                                            | NO          | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                                                                                                                                             | No aplica para el mes certificado                                                                                                                                                                      |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos.                                                                                                                                                                                 | SI          | Acciones de focalizacion, 15 sesiones de acercamiento, 15 sesiones de seguimiento #2, 8 sesiones de seguimiento #3, 2 dialogos de saberes en salud, 2 dias de centro/punto, 4 reuniones de equipo, 1 dia de autocuidado, 1 dia administrativo, 1 fortalecimiento tecnico MUNAY, construccion de informe y entrega de soportes | Acta de revisión                                                                                                                                                                                       |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado                                                                                                                             | SI          | Se realiza ajustes pertinente a los soportes de acuerdo a solicitud y Revisión de formatos por la coordinacion del equipo PAPSIVI.                                                                                                                                                                                            | Acta de revisión                                                                                                                                                                                       |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                      | SI          | Se realiza entrega y ajuste se soportes de acuerdo a solicitud de coordinacion PAPSIV                                                                                                                                                                                                                                         | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de acercamiento de atención psicosocial, relatorias, listados de asistencia, fichas metodologicas, , formatos de actas Ajustados y revisados |
| Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de                                                                                                     | SI          | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS y de presentarse glosa se asumira                                                                                                                                                                                                                        | Actas , Formatos PAP 010 Y PAP 20 PAP 030 de las sesiones de                                                                                                                                           |
| Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.                                                  | SI          | cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos                                                                                                                                                                                                                                                            | cuidado de los equipos de computo, utilización adecuada de insumos                                                                                                                                     |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): 3,070,655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS M/CTE                                                                                                                                      |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        |
| JAVIER SOSA BAQUERO, C.C. 80.213.818 DE BOGOTÁ                                                                                                                                                                                                      |             | Fecha: 30/03/2018 Firma de recibido supervisor                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                        |
| NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                      |             | Firma de recibido supervisor                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                        |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor                                                                                                                          |             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                        |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |          |        |         |           |        |       |             |           |        |      |     |          |        |       |              |        |  |
|--------------------------------------------------|----------------|----------|--------|---------|-----------|--------|-------|-------------|-----------|--------|------|-----|----------|--------|-------|--------------|--------|--|
| EMPLEADO                                         |                |          |        | PENSION |           |        | SALUD |             |           | CCF    |      |     | RIESGOS  |        |       | PARAFISCALES |        |  |
| No.                                              | Identificacion | Nombres  | Codigo | Dias    | Aporte    | Codigo | Dias  | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte   | Codigo | Dias  | IBC          | Aporte |  |
| SUCURSALES PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |          |        |         |           |        |       |             |           |        |      |     |          |        |       |              |        |  |
|                                                  |                |          |        |         | \$196,600 |        |       | \$1,228,300 | \$153,600 |        |      |     | \$30,000 |        |       | \$0          | \$0    |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |          |        |         |           |        |       |             |           |        |      |     |          |        |       |              |        |  |
|                                                  |                |          |        |         | \$196,600 |        |       | \$1,228,300 | \$153,600 |        |      |     | \$30,000 |        |       | \$0          | \$0    |  |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |          |        |         |           |        |       |             |           |        |      |     |          |        |       |              |        |  |
| 1                                                | CC             | 80213818 | 5054   | JANIER  | 230201    | 30     |       | \$196,600   | \$153,600 | EPF001 | 30   |     | \$30,000 |        | 14 28 | 30           | \$0    |  |
| Total Afiliados( 1)                              |                |          |        |         |           |        |       |             |           |        |      |     |          |        |       |              |        |  |
|                                                  |                |          |        |         | \$196,600 |        |       | \$1,228,300 | \$153,600 |        |      |     | \$30,000 |        |       | \$0          | \$0    |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
|-----------------------------------|---------|---------------------|-----------------|--------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|-----------------------|---------------|
| Identificacion                    | dv      | Razon Social        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion             | Ciudad-Departamento | Telefono               | Exonerado SENA e ICBF |               |
| CC 80213818                       |         | SOSA BAQUERO JAVIER | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cf 199 No 27 - 19 sur | BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.  | 2780009                | No                    |               |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
| Periodo                           |         | Clave               |                 | Tipo               |                       | Fecha               |                        | Pago                  |               |
| Pension                           | Salud   | Pago                | Planilla        | Planilla           | Limite                | Pago                | Banco                  | Dias Mora             | Valor         |
| 2018-07                           | 2018-07 | 68875923            | 848957537       | 1                  | 2018/07/06            | 2018/07/05          | BANCO DE OCCIDENTE     | 0                     | \$380,200     |
| RESUMEN DE PAGO                   |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
| RIESGO                            |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
|                                   | CODIGO  | NIT                 | DV              | AFILIADOS          | VALOR LIQUIDADO       | INTERESES MORA      | SALDOS E INCAPACIDADES |                       | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
| PROTECCION                        | 230201  | 800.229.739         | 0               | 1                  | \$196,600             | \$0                 | \$0                    | \$0                   | \$196,600     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
| ARP SURA (ANTES SURATEP)          | 14-28   | 800.256.161         | 9               | 1                  | \$30,000              | \$0                 | \$0                    | \$0                   | \$30,000      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)          |         |                     |                 |                    |                       |                     |                        |                       |               |
| SALUD TOTAL                       | EP5002  | 800.130.907         | 4               | 1                  | \$153,600             | \$0                 | \$0                    | \$0                   | \$153,600     |
| TOTAL                             |         |                     |                 | 1                  | \$380,200             | \$0                 | \$0                    | \$0                   | \$380,200     |

PAGADO