



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Sur Occidente E.S.E.

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

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



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
Secretaría de Planeación y Desarrollo Urbano

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                                             |                               |      |                 |   |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |  |
|---------------------------------------------|-------------------------------|------|-----------------|---|-----------------|-----------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     | DAVID RICARDO PARADA QUIMBAYO |      |                 |   |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          | C.C                           | X    | C.E             |   | NO.             | 1.094.925.405   |                 |   |                 |   |                 |   |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         | davidrkparada2@gmail.com      |      |                 |   |                 | CELULAR:        | 3222133431      |   |                 |   |                 |   |  |
| 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 | % |  |
|                                             | K32                           | 100% |                 |   |                 |                 |                 |   |                 |   |                 |   |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         | DAVIENDA                      |      |                 |   |                 | TIPO DE CUENTA: | AHORROS         |   |                 |   |                 |   |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   | 488400637283                  |      |                 |   |                 | PENSIONADO      | NO              |   |                 |   |                 |   |  |

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

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |                          |               |       |       |            |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|---------------|-------|-------|------------|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 5487-2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       | Nº DE PAGOS DEL CONTRATO | PAGO 3 DE 4   |       |       |            |
| NÚMERO DE CDP                  | 1464                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FECHA | 31/08/2018               | NÚMERO DE CRP | 40300 | FECHA | 07/09/2018 |
| OBJETO DEL CONTRATO:           | El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud el contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. |       |                          |               |       |       |            |

|                             |             |                     |     |      |       |     |     |      |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO:        | DESDE       | DIA                 | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                             |             | 1                   | 11  | 2018 |       | 30  | 11  | 2018 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | \$1.613.395 |                     |     |      |       |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS           | PIC         | RESERVA DE GLOSA 2% | \$0 |      |       |     |     |      |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

|                                         |             |
|-----------------------------------------|-------------|
| CONCEPTO                                | VALORES     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$6.130.901 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$4.517.506 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$1.613.395 |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0         |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$1.613.395 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 74%         |

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% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
| 1015991544         | \$781.242         | \$97.700                 | \$125.000              | 3         | \$19.100   | \$241.800     |

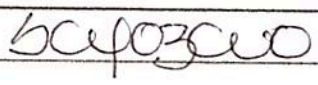
Dado en Bogotá en el mes de Noviembre del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

DRA SMITH LOZANO

NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

DAVID RICARDO PARADA QUIMBAYO

NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

|  Ministerio de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                        |           | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Versión: 2<br>Fecha de aprobación: 03/04/2017<br>Código: 04-02-FO-0003                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|---|-----|-----|-----|---|----|----|--|----|----|----|
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                                        |           | VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sede: USS FONTIBON                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5487-2018 | Periodo certificado desde el                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>11</td> <td>18</td> <td></td> <td>30</td> <td>11</td> <td>18</td> </tr> </table> | Día                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Mes        | Año | a | Día | Mes | Año | 1 | 11 | 18 |  | 30 | 11 | 18 |
| Día                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Mes       | Año                                                                | a                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Día                                                                                                                                                                                                                         | Mes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Año        |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 11        | 18                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 30                                                                                                                                                                                                                          | 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 18         |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                        |           | DAVID RICARDO PARADA                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | C. C.                                                                                                                                                                                                                       | 1.094.925.405                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DE ARMENIA |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| OBJETO DEL CONTRATO: El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como AUXILIAR DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente.                         |           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <u>X</u> NO <u>  </u> Servicios: SI <u>  </u> NO <u>  </u>                                                                                                                                                                        |           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                     |           | PROGRAMADO                                                         | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                             | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 1-Semanalmente entregar al referente los productos correspondientes al subsistema asignado frente a cumplimiento de metas y criterios de calidad.                                                                                                                                              |           | SI                                                                 | 1. Soportes de envío vía web de Consolidado general de Terminal Terrestre los días 10, 20 y 30 de Noviembre 2018.<br>2. Envío base de Censo de Venezolanos los días 2,9,16,23 y 30 de Noviembre de 2018.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Se realizó y envió de forma oportuna el informe semanal y consolidado general.<br>2. Envío base censo de venezolanos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 2- Recepción, verificación, pre-crítica y entrega de fichas de notificación de los diferentes subsistemas de VSP.                                                                                                                                                                              |           | SI                                                                 | 1. Se realiza verificación del Anexo 9 del RSI 2005. Se capta un total de 700 registros..                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Entrega Base general consolidado de Buses los días 10, 20 y 30 de Noviembre de 2018.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 3- Realizar la búsqueda activa comunitaria (BAC) con sus implicaciones barrido de casa, verificación de esquema de vacunas y fortalecer el cumplimiento del esquema en las poblaciones vulnerables.                                                                                            |           | SI                                                                 | 1. Se realizó comunicación de riesgo a 750 viajeros acerca de temas relacionados con promoción y prevención sobre alertas epidemiológicas: ZIKA, Fiebre Amarilla, Sarampión, Difteria, Colera, MERS o coronavirus Cov. Metodos de prevención a través de vacunación y canalización a punto PAI.<br>2. Se realizar verificación carné de vacunación de viajeros provenientes de zonas de riesgo y canalización a punto PAI.<br>3. Se realizó vigilancia y control de viajeros en las llegadas internacionales. Se captó un total de 16 pasajeros sintomáticos.<br>4. Se realizó entrega de folletos de sarampión, signos, síntomas y formas de prevención.<br>5. Se realiza envío de registro fotográfico. |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Entrega de registro de firmas como soportes de comunicación de riesgo realizada en cada turno.<br>2. Verificación de carné de vacunación viajeros sintomáticos.<br>3. Envío de registro de pasajeros sintomáticos en Consolidado General de Aeronaves.<br>4. Entrega de folletos de sarampión en acciones de comunicación de riesgo.<br>5. Se realiza envío de registro fotográfico los días 10, 20, 30 de Noviembre de 2018. |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 4- Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna.                                                                                                                                                                |           | SI                                                                 | Se realizó actividades en el proyecto de acciones integradas, de puntos de entrada, los días: 2,4,5,6,8,10,11,12,14,16,18,19,20,22,24,28,30 de Noviembre de 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Acciones realizadas se relacionan en el libro de actas de cada turno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 5- Articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés.                                                                                                  |           | SI                                                                 | 1. Se realizó canalización de 8 pacientes al área de Sanidad Terminal Terrestre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Se realizó canalización de pacientes al área de primeros auxilios.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 6- Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del Hospital (comité PAI, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento socializando posteriormente la información obtenida. |           | SI                                                                 | 1. Se asistió a reunión 23 de Noviembre de 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Acta y listados de asistencia.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 7- Realizar apoyo administrativo del subsistema asignado.                                                                                                                                                                                                                                      |           | SI                                                                 | 1. Se realiza actualización de bases de reportes diarios de canalización de pacientes, comunicación de riesgo, censo de pasajeros migrantes de Venezuela.<br>2. Se realiza archivo de documentos realizados en el proyecto acciones integradas puntos de entrada UPSSS Fontibón.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Archivo documentos mes de Noviembre de 2018.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 8-verificar concordancia físico/ magnético de la base de datos del subsistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad completitud.                                                                                                                                |           | SI                                                                 | Se realizó envío de forma oportuna de los siguientes soportes:<br>1. Base Consolidado e aeronaves los días 10, 20 y 30 de Noviembre de 2018.<br>2. Registro Fotográficos de realización de comunicación de riesgo los días 10,20 y 30 de Noviembre 2018.<br>3. Censo de pasajeros migrantes de Venezuela los días 2,4,5,6,8,10,12,14,16,18,19,20,22,24,28,30... de Noviembre de 2018.<br>4. Matriz de seguimiento de pasajeros europeos y venezolanos con alguna sintomatología los días 10, 20, 30 de Noviembre de 2018.<br>5. Cronograma de actividades correspondiente al mes de Noviembre el día 1 de Diciembre del 2018<br>6. Base consolidado de viajeros y personal de la Institución              |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Envío vía correo electrónico base de datos Envío los días 10, 20 y 30 de Noviembre 2018.<br>2. Envío registro fotográfico los días 10, 20 y 30 de Noviembre de 2018.<br>3. Envío censo de venezolanos los días 2,9,16,23 y 30 de Noviembre de 2018.<br>4. Envío matriz de seguimiento los días 10, 20 y 30 de Noviembre 2018.<br>5. Envío cronograma vía correo electrónico.                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| 9-Participara en pre-auditoria de soportes físicos seguimiento telefónico y concurrente al igual que la generación de planes de mejoramiento según corresponda.                                                                                                                                |           | SI                                                                 | 1. Se entrega soportes en pre auditoria de las acciones realizadas en el mes de Noviembre del proyecto de Acciones Integradas Puntos de Entrada.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                             | 1. Acta y listado de asistencia certificación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.613.395 UN MILLON SEISCIENTOS TRECE MIL TRECIENTOS NOVENTA Y CINCO PESOS M/C                                                                                                                                                                                |           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| DAVID RICARDO PARADA GUIMSAO<br>NOMBRE COMPLETO CÉDULA 1'094 925 405                                                                                                                                                                                                                           |           |                                                                    | Fecha: 03/04/2017 Firma de recibido supervisor:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |                                                                    | FIRMA DEL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                    |           |                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |     |   |     |     |     |   |    |    |  |    |    |    |

Fecha creación reporte: 2018-11-15, 11:49:40 AM

**Tino Planilla:**

CONSOLIDATED

**Número Planilla:** 1015991544

Periodo Cotización:

octubre de 2018

Período Serviço: outubro de 2018

Referencia pago (PIN): 8894535060

PAGADO 01/11/2018

## ¿DEL APORTANTE

|              |                               |                    |                     |
|--------------|-------------------------------|--------------------|---------------------|
| ocial        | DAVID RICARDO PARADA QUIMBAYO |                    |                     |
| nto          | CC.1094925405                 | Dirección          | CALLE 149 # 48 - 16 |
| Empresa      | INDEPENDIENTE                 | Teléfono           | 504                 |
| sona         | NATURAL                       | Forma Presentación | ÚNICO               |
|              | BOGOTÁ D.C.                   | Departamento       | BOGOTÁ D.C.         |
| ntante Legal |                               | Identificación     |                     |
| lados        | 1                             | ARP                | ARP SURA            |

## LE DEL APORTANTE

[illegible]

## TALES

| Descripción | Salud      | Riesgos    | Cajas | Perseñ     | Salud     | Riesgos   | Cajas | Segna | ICAF | ESAP | Min. Educación | (Incapacidades, Utensilios, Bolsas a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|-------------|------------|------------|-------|------------|-----------|-----------|-------|-------|------|------|----------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| Salud       | \$ 781,242 | \$ 781,242 | \$ 0  | \$ 125,000 | \$ 97,700 | \$ 19,100 | \$ 0  | \$ 0  | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0           | \$ 0                                            | \$ 0              | \$ 241,600                     | \$ 0                    | \$ 241,600  |