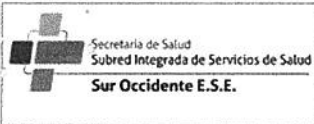


|                                                                                 |                                                                                                                              |                                          |                                               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

|                                             |                 |      |                         |   |                 |                       |                 |   |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|-----------------|------|-------------------------|---|-----------------|-----------------------|-----------------|---|-----------------|---|-----------------|---|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>          |                 |      |                         |   |                 |                       |                 |   |                 |   |                 |   |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 |      | YENNIFER DUQUE PORTELA  |   |                 |                       |                 |   |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 |      | C.C                     | X | C.E             | No.                   |                 |   | 31.587.510      |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 |      | jduqueportela@gmail.com |   |                 | CELULAR:              |                 |   | 3132101698      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |      |                         |   |                 | PAPS ABASTOS - USS 39 |                 |   |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 |      | Salud Pública           |   |                 | SEDE:                 |                 |   | Sur             |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %    | Centro de costo         | % | Centro de costo | %                     | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             | K30             | 100% |                         |   |                 |                       |                 |   |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 |      | AV VILLAS               |   |                 | TIPO DE CUENTA:       |                 |   | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 |      | 684919108               |   |                 |                       |                 |   | PENSIONADO No   |   |                 |   |

|                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                          |       |        |            |     |      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------------------------|-------|--------|------------|-----|------|
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                          |       |        |            |     |      |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |      | 0600-2018                                                                                                                                                                                                                                                      |            | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       | 7 DE 7 |            |     |      |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2121 | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                          | 27/12/2018 | NÚMERO DE CRP            | 51332 | FECHA  | 28/12/2018 |     |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |      | Prestar servicios profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional. |            |                          |       |        |            |     |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |      | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                          | DIA        | MES                      | AÑO   | HASTA  | DIA        | MES | AÑO  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |      |                                                                                                                                                                                                                                                                | 1          | 1                        | 2019  |        | 15         | 1   | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |      | \$1.535.328                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                          |       |        |            |     |      |
| 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. |      |                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                          |       |        |            |     |      |

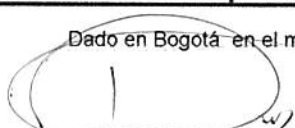
|                                          |  |  |  |              |  |  |
|------------------------------------------|--|--|--|--------------|--|--|
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b> |  |  |  |              |  |  |
| CONCEPTO                                 |  |  |  | VALORES      |  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:  |  |  |  | \$19.959.258 |  |  |
| VALOR EJECUTADO                          |  |  |  | \$19.959.258 |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA             |  |  |  | \$1.535.328  |  |  |
| VALOR A LIBERAR                          |  |  |  | \$0          |  |  |
| SALDO POR EJECUTAR                       |  |  |  | \$0          |  |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                  |  |  |  | 100%         |  |  |

El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

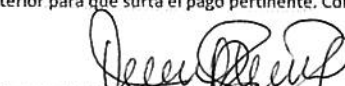
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 1.953.105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

|                    |                   |                          |                    |           |            |               |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
| 32080313           | \$1.228.262       | \$153.600                | \$196.600          | 3         | \$30.000   | \$380.200     |

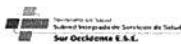
Dado en Bogotá en el mes de ENERO del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,



**DIANA PAOLA RAMIREZ GUALTEROS**  
NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:



**YENNIFER DUQUE PORTELA**  
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

|                                                                                   |                                                                    |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código              | 04-02-FO-0003 |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    |                     |               |                                                                                     |

|                         |                        |                              |                           |            |                 |
|-------------------------|------------------------|------------------------------|---------------------------|------------|-----------------|
| Ubicación del Servicio: | SALUD PUBLICA          |                              | Sede: PAPS ABASTOS USS 39 |            |                 |
| No. DE CONTRATO:        | 0600-2019              | Periodo certificado desde el | Día                       | Mes        | Año             |
|                         |                        |                              | 1                         | 1          | 2.019           |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YENNIFER DUQUE PORTELA |                              | C. C.                     | 31.587.510 | DE Buenaventura |

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

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI X NO    Servicios: SI    NO   

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional y/o técnico conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | SI         | Durante el mes de Enero se da cumplimiento con las actividades designadas según los lineamientos dados por la SDS, ya que se dió inicio a la implementación de la estrategia de Servicios de acogida en las Localidades de Bosa, Puente Aranda, Kennedy y Fontibón. Se realizaron tamizajes de VIH/Sifilis, Asesorías en Salud Sexual y Reproductiva, identificación de síntomas respiratorios y desarrollo de espacios comunitarios. | Fichas técnicas, actas, formatos DIME, formatos de activación de ruta, formato de asesoría individual en SSR, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud. |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periodicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SI         | Se realizaron los respectivos productos como lo son: Fichas técnicas, actas, formatos DIME, formatos de activación de ruta, formato de asesoría individual en SSR, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud                                                                                                                                                                                | Fichas técnicas, actas, formatos DIME, formatos de activación de ruta, formato de asesoría individual en SSR, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud. |
| Desarrollo de acciones itinerantes en el Espacio Público, participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las jornadas locales y distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred                                                                                                                                                                                                                     | SI         | Durante el mes de Enero se participó en la jornada de habitante de calle realizada el miércoles 2 de Enero de 2019 realizada en el parque Danubio Azul de la Localidad de Bosa.                                                                                                                                                                                                                                                       | Fichas técnicas, actas, listados de asistencia e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.                                                                                       |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, seguimiento a la canalización, generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                             | SI         | En el mes de Enero se realizó cuatro formatos de activación de ruta correspondientes a resultados reactivos de VIH y síntomas respiratorios.                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Formato de activación de ruta                                                                                                                                                                      |
| Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI         | Se implementaron actividades lúdico-pedagógicas participativas con la población priorizada Habitante de calle o Consumidora de SPA dentro de la estrategia Servicios de Acogida.                                                                                                                                                                                                                                                      | Fichas técnicas, actas, listados de asistencia, e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.                                                                                      |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaría Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI         | En el mes de Enero de 2019 participe en las reuniones de fortalecimiento del equipo. De igual manera se asistió al grupo técnico de SAN realizado el día 15 de Enero de 2019 en la Alcaldía Local de Puente Aranda.                                                                                                                                                                                                                   | Listados de asistencia técnica                                                                                                                                                                     |
| Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SI         | Se conciertan y se consolidan grupos para la ejecución de las estrategia de Servicios de Acogida.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Fichas técnicas, actas, listados de asistencia, e informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.                                                                                      |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI         | Se realiza procesos de convocatorias a la población en las cuatro localidades con el fin de invitarlos a la participación de las actividades realizadas.                                                                                                                                                                                                                                                                              | Fichas técnicas, actas, listados de asistencia, informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.                                                                                        |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del referente de espacio asignado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI         | Organización de soportes de acuerdo a lo establecido en el lineamiento y las indicaciones por parte de la subred suroccidente de espacio público                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se presentaron los soportes y se efectuaron los cambios y/o sugerencias según lo informado por la referencia de espacio público                                                                    |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SI         | Durante el mes de Enero de 2019 se entregan los informes requeridos por la subred y la secretaria de salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Envío de informes de acciones desarrolladas en la Subred e informes                                                                                                                                |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, antes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI         | Se presentaron los soportes debidamente diligenciados y organizados según lineamientos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Entrega de AZ con soportes en la línea de intervención de Servicios de Acogida. Entrega de soportes a líderes de proceso en las acciones que se apoyaron.                                          |
| Asumir el 100% de glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencias en soportes, entre otras).                                                                                                                                                                                                                   | SI         | Esto es según la adquisición de la póliza de responsabilidad civil.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Entrega de AZ con soportes en la línea de intervención de Servicios de Acogida. Entrega de soportes a líderes de proceso en las acciones que se apoyaron.                                          |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1.535.328 UN MILLON QUINIENTOS TREINTA Y CINCO MIL TRESCIENTOS VEINTI OCHO PESOS

YENNIFER DUQUE PORTELA - CC 31587510

|                                                  |                                                  |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| NOMBRE COMPLETO, CEDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: | Fecha: día/mes/año Firma de recibido supervisor: |
|--------------------------------------------------|--------------------------------------------------|

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

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                       |                                        |              |                      |                                     |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-----------------------|----------------------------------------|--------------|----------------------|-------------------------------------|--|--|--|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE      | DIRECCIÓN                              | TÉLEFONO     | CORREO               | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 31587510          | YENIFER DUQUE PORTELA | CRA 718 N. 46-70 SUR BLOQUE F APTO 513 | 6088747      | JENNYDUK@HOTMAIL.COM |                                     |  |  |  |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL       | CÓDIGO                                 | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO   |                                     |  |  |  |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                       |                                        | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.          | NO                                  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           |                    |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|--------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS |
|                      | 2018-12                            | 1             | 2018-12-20                | 1                  |
| PERIODO SALUD        | 2018-12                            |               |                           |                    |
| PERIODO PENSIONES    | 2018-12                            |               |                           |                    |
| TOTAL A PAGAR        |                                    |               |                           | \$380.200          |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |             |                        |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria |
| EPS008        | Compensar EPS | 860068942-7 | 153.600                |

| TOTALES PENSION |              |             |                        |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|
| Código AFP      | Nombre       | NIT         | Cotización Obligatoria |
| 25-14           | Colpensiones | 900336004-7 | 196.600                |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria |
| 14-28                     | ARP Sura | 800258161-9 | 30.000                 |

| TOTALES CAJAS |        |     |                        |
|---------------|--------|-----|------------------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria |
|               |        |     |                        |

| TOTALES PARAFISCALES |        |     |                        |
|----------------------|--------|-----|------------------------|
| Código CCF           | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria |
|                      |        |     |                        |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 153.600                             | 153.600       |
| Pensión                | 1                              | 196.600                             | 196.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 30.000                              | 30.000        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 380.200                             | 380.200       |

Este carné es válido en Colombia  
Será exigido para entrar a zonas de riesgo

**Consérvelo**

En caso de requerir el certificado Internacional de Vacunación  
o Profilaxis, solicite su transcripción en los sitios autorizados.

*Libertad y Orden*

**POR MÍ Y POR COLOMBIA, YO ME VACUNO**



MinSalud

**PROSPERIDAD**

**Certificado de Vacunación del Adulto**

Nombres:

*Jennifer*

Apellidos:

*Duque Portela*

Documento  
de identidad:

C.C. *1 T.I.*

Pasaporte

No.

*31587510*

Fecha de  
Nacimiento:

Día

*15*

Mes

*08*

Año

*1980*

| Biológico                              | Dosis | Fecha                 | Fabricante<br>y Lote | Firma      |
|----------------------------------------|-------|-----------------------|----------------------|------------|
| Sarampión<br>Rubéola                   | 1     |                       |                      |            |
| Toxoide<br>Tetánico<br>Diftérico<br>Td | 1     | <i>1 febrero 2018</i> | <i>D22064</i>        | <i>Rou</i> |
|                                        | 2     | <i>06 mayo 2018</i>   | <i>AC37B25</i>       | <i>Rou</i> |
|                                        | 3     |                       |                      |            |
|                                        | 4     |                       | <i>6 Mayo</i>        |            |
|                                        | 5     |                       |                      |            |
| Contra<br>Hepatitis B                  | 1     |                       |                      |            |
|                                        | 2     |                       |                      |            |
|                                        | 3     |                       |                      |            |
|                                        | R     |                       |                      |            |

| Biológico                      | Dosis | Fecha                        | Fabricante<br>y Lote | Firma    |
|--------------------------------|-------|------------------------------|----------------------|----------|
| Contra<br>Fiebre<br>Amarilla   |       |                              |                      |          |
| Contra<br>Influenza            |       | <i>Univ - 7 febrero 2018</i> | <i>U021 2017</i>     | <i>R</i> |
| Virus de<br>Papiloma<br>Humano |       |                              |                      |          |
|                                |       |                              |                      |          |
|                                |       |                              |                      |          |