

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----------------|------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E.                                                                              |                   | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE<br>PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR<br>TESORERÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                                  |            | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 09/11/2016<br>Código: 15-02-FO-0002                                                                                     |   |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>Secretaría Distrital de Salud y la E.S.E. |   |                 |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | C.C                              |            | X                                                                                                                                                          |   | C.E                                                                                                                                                              |   | NO.             | 1032477228 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | tifanni.florez@gmail.com         |            | CELULAR:                                                                                                                                                   |   | 3163584893                                                                                                                                                       |   |                 |            |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | PA 14                            |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | PIC                              |            | SEDE:                                                                                                                                                      |   | sede administrativa 1 - bosa                                                                                                                                     |   |                 |            |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                   |                   | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | %                      | Centro de costo                  | %          | Centro de costo                                                                                                                                            | % | Centro de costo                                                                                                                                                  | % | Centro de costo | %          |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   | K27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 100                    |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | BANCOLOMBIA S.A.                 |            | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                            |   | Ahorros                                                                                                                                                          |   |                 |            |
| NÚMERO DE CUENTA BANCARIA:                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | 04584421971                      |            | PENSIONADO                                                                                                                                                 |   | No                                                                                                                                                               |   |                 |            |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                      |                   | 0611 - 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        | N° DE PAGOS DEL CONTRATO         |            | PAGO 3 DE 3                                                                                                                                                |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                       |                   | 699                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | FECHA                            |            | 23/03/2018                                                                                                                                                 |   | NÚMERO DE CRP                                                                                                                                                    |   | 18815           |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                |                   | Prestar servicios profesionales y de apoyo a la gestión como PROFESIONAL EN ENFERMERÍA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la Subred integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la institución y al contrato inter administrativo 077 de 2017 plan de intervenciones colectivas, suscrito el 31 de marzo de 2017 entre el Fondo Financiero Distrital de Salud - Secretaría Distrital de Salud y la E.S.E. |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                |                   | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                        | DIA                              |            | MES                                                                                                                                                        |   | AÑO                                                                                                                                                              |   | HASTA           |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        | 1                                |            | 4                                                                                                                                                          |   | 2018                                                                                                                                                             |   | 30              |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                         |                   | PIC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        | RESERVA DE GLOSA 2%              |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | \$0             |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | VALORES         |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | \$9.211.965     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | \$9.211.965     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | \$3.070.655     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                        |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | \$0             |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | \$0             |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   | 100%            |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                             |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$1.953.105, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                  | IBC DE COTIZACIÓN | APORTE A SALUD 12.5% IBC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL | TOTAL APORTES                                                                                                                                              |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| 8477655543                                                                                                                                                                                                                                          | \$1.228.262.00    | \$153.600                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$196.600              | 3                                | \$30.000   | \$380.200                                                                                                                                                  |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| Dado en Bogotá en el mes de ABRIL del año Dos Mil dieciocho (2018). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                    |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            |                                                                                                                                                            |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |
| <br>ANGELA MARIA FORERO RODRIGUEZ<br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:                                                                                              |                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                                  |            | <br>STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |   |                                                                                                                                                                  |   |                 |            |



BOGOTA ABRIL

2018

## CUENTA DE COBRO

3

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.  
NIT 900.959.048-4  
DEBE A

CC. N° **STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO**  
1032477228 Bogotá

Por concepto de servicios prestados durante el mes de ABRIL de 2018 según contrato de prestación de servicios No 0611 - 2018 de acuerdo a informe de actividades anexo y certificación de pago y ejecución de contrato.

NUMERO DE TURNOS, HORAS, DIAS A CANCELAR:  
VALOR TURNOS O DIAS ADICIONALES: 0

30 DIAS

TOTAL COBRO:

TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS  
TOTAL: 3.070.655

Autorizo a la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.  
A consignar el valor correspondiente  
EN LA CUENTA DE AHORROS X CTE No 04584421971  
DEL BANCO: BANCOLOMBIA S.A.

| CENTRO DE COSTO | PORCENTAJE % | VALOR        |
|-----------------|--------------|--------------|
| K27             | 100%         | \$ 3.070.655 |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
|                 |              |              |
| TOTAL           | 100%         | \$ 3.070.655 |

|                                                                                                                                                                                                   | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO INFORMO QUE SOY DECLARANTE DE RENTA POR EL AÑO 2017                                                                                                                 |    | X  |
| DECLARAO QUE MIS INGRESOS PROVIENEN EN MAS DEL 80 % DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE MANERA PERSONAL O DE DESARROLLO DE UNA ACTIVIDAD ECONOMICA POR CUENTA Y RIESGO DE EL EMPLEADOR O CONTRATANTE | X  |    |
| QUE MIS INGRESOS TOTALES EN EL AÑO INMEDIATAMENTE ANTERIOR SUPERARON 1.400 UVT (\$44.603.000)                                                                                                     |    | X  |

CORDIALMENTE,

  
**STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO**

CC. N° 1032477228 Bogotá  
TELEFONO CELULAR No 3163584893

tifanni.florez@gmail.com



|                                                                                   |                                                                    |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación | 3/04/2017     |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                     |

|                         |                                  |                              |               |               |       |   |     |        |       |
|-------------------------|----------------------------------|------------------------------|---------------|---------------|-------|---|-----|--------|-------|
| Ubicación del Servicio: | SALUD PUBLICA                    |                              | Sede: KENNEDY |               |       |   |     |        |       |
| No. DE CONTRATO:        | 0611 - 2018                      | Periodo certificado desde el | Día           | Mes           | Año   | a | Día | Mes    | Año   |
|                         |                                  |                              | 1             | 4             | 2.018 |   | 30  | 4      | 2.018 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | STEFANI KATIUSCA FLOREZ TRUJILLO |                              | C. C.         | 1.032.477.228 |       |   | DE  | BOGOTA |       |

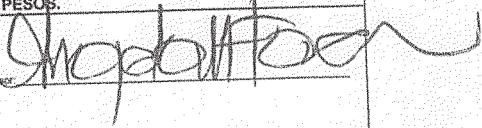
**OBJETO DEL CONTRATO:** El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como PROFESIONAL DE ENFERMERIA de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

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

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                    | PRODUCTOS ENTREGADOS                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos, estándares y portafolio con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en el lineamiento del componente, espacio y/o Proyectos especiales, acciones de Inspección, Vigilancia y Control, Redes, Mesas, Consejos, portafolio de servicios de la Institución cuando sea requeridos y/o asignados, en el contrato vigente entre la Sub Red sur Occidente y la | SI         | Se realizo el agendamiento de as citas y direccionamiento a los usuarios de las mismas. Direccionamiento a los gestores de salud en campo | actas de agendamiento en los paps asignados |
| Dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS-Subred Sur Occidente Caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento.                                                                                                                                                                                                                                   | SI         | se realiza acompañamiento seguimiento y veracidad de las visitas realizadas por los gestores en la localidad                              | actas de acompañamiento                     |
| caracterización de escenarios propios para el desarrollo de las actividades según defina el lineamiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SI         | se realizo programacion de las actividades a desarrollar durante el mes de FEBRERO                                                        | programacion de actividades                 |
| participar activamente en las jornadas de salud pública (vacunación, comunitarias, institucionales entre otras), tanto programadas por la ESE o la Subred Suroccidente o contempladas en el plan de acción del espacio asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SI         | Se realizo una jornada en la localidad de Bosa                                                                                            | Acta del día de la jornada                  |
| realizar la inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones a los servicios asistenciales y sociales para articular el PIC y el POS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SI         | Se realizo el seguimiento a usuarios que se les asigno la cita                                                                            | seguimiento de usuarios                     |
| Realizar entrega de soportes y velar por la custodia de los mismos Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preaditorias del referente del espacio asignado Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI         | Entrega de soportes a la lider operativa                                                                                                  | Actas de entrega                            |
| Realizar entrega oportuna y con calidad de los informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SI         | se presentan soportes organizados a la lider operativa de la localidad                                                                    | Actas Correos                               |
| Mantener organizado el archivo institucional bajo su responsabilidad, de acuerdo a la normatividad vigente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | SI         | se presentan soportes organizados a la lider operativa de la localidad                                                                    | Actas de entrega                            |
| Velar por el buen uso de los equipos y elementos suministrados por la institución                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SI         | se hace buen uso de los elementos                                                                                                         | Buen uso de los mismos                      |
| Dar respuesta oportuna a quejas, reclamos o derechos de petición tanto internos como externos correspondientes a su actividad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | SI         | No aplica para este mes                                                                                                                   |                                             |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3.070.655 TRES MILLONES SETENTA MIL SEISCIENTOS CINCUENTA Y CINCO PESOS.**

|                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL<br>CONTRATISTA: <u>Stefani Katiusca Florez Trujillo</u> C.C. <u>1032477228</u> | Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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



# Resumen General de Pago

|                                   |            |                                   |                 |                                   |                        |                     |           |
|-----------------------------------|------------|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------|-----------|
| DATOS GENERALES DEL APORTANTE     |            |                                   |                 | DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |                        |                     |           |
| Identificación                    | dv         | Razon Social                      | Clase Aportante | Sucursal Principal                | Direccion              | Ciudad-Departamento | Teléfono  |
| CC 103247728                      |            | FLOREZ TRUJILLO STEFANI KATILUSCA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL                         | CRA 72H No.56a - 21sur | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 779-4074  |
| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |            |                                   |                 | DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |                        |                     |           |
| Periodo                           | Clave      | Planilla                          | Tipo            | Fecha                             | Pago                   | Dias Mora           | Valor     |
| 2018-04                           | 8477655543 | 2039-4099                         | Planilla        | 2018/04/06                        | 2018/04/13             | 7                   | \$382,400 |
| Pensión                           | Salud      | Pago                              | Planilla        | Limite                            | Banco                  |                     |           |
| 2018-04                           | 2039-4099  | 2039-4099                         | 2018-04         | 2018-04-06                        | BANCO DE OCCIDENTE     |                     |           |

| RESUMEN DE PAGO          |  |        |             |    |           |                 |                |                        |               |
|--------------------------|--|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|
| RIESGO                   |  | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |  | 230201 | 800,229,739 | 0  | 1         | \$196,600       | \$1,100        | \$0                    | \$197,700     |
| PROTECCION               |  |        |             |    | 1         | \$196,600       | \$1,100        | \$0                    | \$197,700     |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |  | 14-28  | 800,256,161 | 9  | 1         | \$30,000        | \$200          | \$0                    | \$30,200      |
| ARP SURX (ANTES SURATEP) |  |        |             |    | 1         | \$30,000        | \$200          | \$0                    | \$30,200      |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |  | EP5017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$153,600       | \$900          | \$0                    | \$154,500     |
| FAMISANAR                |  |        |             |    | 1         | \$153,600       | \$900          | \$0                    | \$154,500     |
| TOTAL                    |  |        |             |    | 1         | \$380,200       | \$2,700        | \$0                    | \$382,400     |

