

|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |  |                     |               |                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U<br/>ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA<br/>PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b> |  | Versión             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C.<br>ALCALDE<br>SANTO DIMAS ROA |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |  | Fecha de aprobación | 09/11/2016    |                                                                                                                                                    |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                      |  | Código              | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                                    |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |      |                           |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
|---------------------------------------------|--|-----------------|------|---------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |      | JHON FREDY RIVEROS CASTRO |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |      | C.C                       | X | C.E             | NO. |                 | 1023883579 |                 |   |                 |   |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |      | yderfnhoj@gmail.com       |   |                 |     | CELULAR:        |            | 3123004305      |   |                 |   |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |      |                           |   |                 |     | SU40            |            |                 |   |                 |   |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |      | PIC                       |   |                 |     | SEDE:           |            | Sur             |   |                 |   |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %    | Centro de costo           | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % |  |  |
|                                             |  | K26             | 100% |                           |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |      | AV VILLAS                 |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |            | Ahorros         |   |                 |   |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |      | 7872281                   |   |                 |     | PENSIONADO      |            | NO              |   |                 |   |  |  |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                           |       |       |            |        |      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------|-------|-------|------------|--------|------|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |  |     |       | 0929-2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | N° DE PAGOS DEL CONTRATO: |       |       |            | 5 DE 5 |      |  |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 961 | FECHA | 28/05/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NÚMERO DE CRP |                           | 24422 | FECHA | 31/05/2018 |        |      |  |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |     |       | El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como TECNICO EN SISTEMAS de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente de acuerdo a las necesidades de la institución, en cumplimiento con las obligaciones adquiridas en virtud al contrato interadministrativo No. 0077-2017 suscrito con el Fondo Financiero Distrital de salud. |               |                           |       |       |            |        |      |  |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |  |     |       | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | DIA           | MES                       | AÑO   | HASTA | DIA        | MES    | AÑO  |  |  |
|                                                                          |  |     |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1             | 6                         | 2018  |       | 30         | 6      | 2018 |  |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  |     |       | \$1.613.395                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                           |       |       |            |        |      |  |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |  | PIC |       | RESERVA DE GLOSA 2%                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                           |       | \$0   |            |        |      |  |  |

|                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| OBSERVACIONES: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |  |  |  |  |             |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|-------------|--|
| CONCEPTO                                |  |  |  |  | VALORES     |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  |  |  |  | \$8.066.975 |  |
| VALOR EJECUTADO                         |  |  |  |  | \$8.066.975 |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  |  |  |  | \$1.613.395 |  |
| VALOR A LIBERAR                         |  |  |  |  | \$0         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                      |  |  |  |  | \$0         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 |  |  |  |  | 100%        |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                    |           |            |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                             |                   |                          |                    |           |            |               |
| Se verifica el cumplimiento del <u>mínimo</u> valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 1.953,105 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente. |                   |                          |                    |           |            |               |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                  | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
| 27956744                                                                                                                                                                                                                                            | \$781242          | \$97.655                 | \$124.999          | 3         | \$19.030   | \$241.684     |

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

|                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br><b>YENNY ANDREA ALFONSO BERNAL</b><br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR: | <br><b>JHON FREDY RIVEROS CASTRO</b><br>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: | SU40                      | Sede: PAPS 11 PUENTE ARANDA  |
| No. DE CONTRATO:        | 0929-2018                 | Periodo certificado desde el |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JHON FREDY RIVEROS CASTRO |                              |
|                         |                           |                              |

OBJETO DEL CONTRATO: Presentar servicios de apoyo 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                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recepción y verificación de informes mensuales, tableros de control por cada uno de las unidades vacunadoras de la localidad.                                                                            | SI         | Se realiza la revisión de informes mensuales de MAYO de las IPS privadas y públicas POS y NO POS, por Listados Diario y Facturación del Aplicativo PAI vs SIS_151 y tableros de control que sean congruentes. | SIS_151 de la subred tableros de control                                                                                                      |
| Realización de informes de EPS-S.                                                                                                                                                                        | SI         | Se realiza Informes de la EPS-S en el formato y fechas estipuladas por Localidad y Subred.                                                                                                                    | Base de Vacunados mes de MAYO Capital Salud, FFDS, Aliansalud, Famisanar.                                                                     |
| Realización de informes periódicos, trimestrales, semestrales, anuales y extraordinarios.                                                                                                                | SI         | Consolidar informes mensuales de las IPS privadas y públicas POS y NO POS, para generar el SIS_151 y Tablero de Control por Localidad y Subred congruente 100%                                                | SIS_151 de la subred tableros de control                                                                                                      |
| Realización visitas de asesoría técnica a cada uno de las unidades vacunadoras de la localidad, con énfasis en la calidad del dato en el sistema de información.                                         | SI         | Se realizan visitas de asistencia técnica de sistemas de información según cronograma de actividades mes de JUNIO.                                                                                            | Actas de visitas                                                                                                                              |
| Consolidar informes correspondientes a visitas de asesoría y asistencia técnica de las unidades vacunadoras de la localidad.                                                                             | SI         | Se realiza el diligenciamiento del informe Matriz de Visitas mes de MAYO, y congruencia mes de MAYO, adicionalmente se envía en fechas estipuladas a nivel central (antes del día 15)                         | Matriz de visitas                                                                                                                             |
| Apoyo en la digitación cuando sea requerido.                                                                                                                                                             | SI         | Se apoya digitación del grupo extramural según necesidad. Depuración y relación en tablas de bases de datos Terminal Aereo para cargue masivo Aplicativo PAI                                                  | Informe mensual sis 151 Base de datos en tablas para cargue masivo Aplicativo PAI                                                             |
| Participación y asistencia en las reuniones locales, distritales programadas y convocadas.                                                                                                               | SI         | Se asistió a las reuniones locales y Distritales convocadas y programadas mes de JUNIO, dentro de ellas el comité PAI Subred.                                                                                 | Acta de comité Subred                                                                                                                         |
| Generación de listados mensuales para el área de facturación.                                                                                                                                            | SI         | Se descarga la base listado de facturación mes de MAYO, para realización de factura la cual se entregada según solicitud de la Subred                                                                         | Archivo de facturación                                                                                                                        |
| Realización del diagnóstico de los equipos de cómputo en conjunto con el área de sistemas de información.                                                                                                | NO         | Se realiza el diagnostico de los equipos de la Subred Sur Occidente IPS Públicas y Privadas para nivel central.                                                                                               | Informe consolidado entregado a nivel Central SDS                                                                                             |
| Realización del cronograma de actividades para ejecutarse en el mes correspondiente.                                                                                                                     | SI         | Se realiza la programación de actividades en visitas de asistencia técnica para el mes de JUNIO                                                                                                               | Cronograma en drive                                                                                                                           |
| Soporte de auditoría de Secretaria Distrital de Salud o interventoría interna y externa                                                                                                                  | SI         | Se entrega soportes correspondientes según periodos requeridos con resultado satisfactorio                                                                                                                    | Actas de visitas soporte de informes enviados a nivel central                                                                                 |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad, así como velar por la custodia y el buen manejo de la gestión documental. | SI         | Se realiza verificación de la calidad del dato en el diligenciamiento de los instrumentos utilizados en el mes de MAYO                                                                                        | Formato acta de visita, lista de chequeo recepción de informes mensuales, sis 151 informe mensual.                                            |
| Conocer y aplicar los lineamientos del programa con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos del PAI.                                                               | SI         | Se conocen y se aplican los lineamientos PAI, en el desarrollo de las actividades de la asistencia técnica IPS y reuniones Subred y Distrital                                                                 | Se adaptan los lineamientos pai según actividades realizadas                                                                                  |
| Desarrollar las demás actividades que le sean asignadas y afines al objeto institucional requerido.                                                                                                      | SI         | Se cumplen con las actividades demás y a fines del objeto institucional                                                                                                                                       | Realización de informe nacidos vivos, resolución de contactenos aplicativo pai, desbloquear y habilitar usuarios de acceso al aplicativo pai. |
| Aportar al cumplimiento de las metas programadas por la institución.                                                                                                                                     | SI         | En la visita de asistencia técnica se realiza verificación por aplicativo PAI el cumplimiento de los seguimientos de los menores de un año, de un año y de 5 años.                                            | Verificar los seguimientos realizados en las ips                                                                                              |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): 1.613.395 Un millón seiscientos trece mil trescientos noventa y cinco pesos m/c

|                                                                                                                   |                                                                                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | Fecha: dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor:  |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: 1023883579<br>JHON FREDY RIVEROS CASTRO CC: 1023883579 de Bogotá |                                                                                                                                       |

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





**Información básica de la planilla**

|                                           |                                                  |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <b>Empresa:</b> JHON FREDY RIVEROS CASTRO | <b>NIT:</b> 1023883579                           |
| <b>Tipo Planilla:</b> I                   | <b>Periodo liquidación Pensiones:</b> junio 2018 |
| <b>Sucursal o Dependencia:</b> PRINCIPAL  | <b>Periodo liquidación Salud:</b> junio 2018     |
| <b>Número de Radicación:</b> 27956744     | <b>Total a pagar:</b> \$246,500                  |
| <b>Fecha de vencimiento:</b> 21/06/2018   | <b>Total de empleados:</b> 1                     |
| <b>Fecha de Pago:</b> 05/06/2018          | <b>Número de Administradoras:</b> 4              |

**Detalles del pago**

|                                                           |                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <b>Razón social recaudo:</b> Compensar OI                 | <b>Nit recaudo:</b> 9998600669427              |
| <b>Descripción:</b> MiPlanilla.com Pago Protección Social | <b>Medio de Pago:</b> Pago Electronico por PSE |
| <b>Banco:</b> BANCO AV VILLAS                             | <b>Número Autorización:</b> 341957166          |
| <b>Estado de la transacción:</b> Transacción aprobada     |                                                |

| Código | NIT       | Administradoras                     | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|-------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| 14-28  | 800256161 | ARP Sura                            | 1              |                                              | \$0                                          | \$19,100     |
| 230201 | 800229739 | Proteccion (ING + Proteccion)       | 1              |                                              | \$0                                          | \$125,000    |
| CCF24  | 860066942 | Compensar Caja de Compensacion Flar | 1              |                                              | \$0                                          | \$4,700      |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS                       | 1              |                                              | \$0                                          | \$97,700     |
|        |           |                                     |                |                                              |                                              | \$246,500    |

**\*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.**

