

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

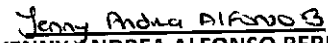
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |      |                                                 |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|------|-------------------------------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |      | JHON FREDY RIVEROS CASTRO                       |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |      | C.C                                             | X | C.E             | NO. |                 | 1023883579 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |      | yderfnhoi@gmail.com                             |   |                 |     | CELULAR:        |            | 3123004305      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |      |                                                 |   |                 |     | FO09            |            |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |      | SALUD PUBLICA PIC FONTIBÓN PROGRAMAS Y ACCIONES |   |                 |     | SEDE:           |            | Fontibón        |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %    | Centro de costo                                 | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | FO09K26         | 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:                                           |  |            |       | 4459-2019                                                                                                                                                                                                                                                 |               |     |                | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |                          |     | 4 DE 4 |      |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 665<br>500 | FECHA | 2019-05-21<br>2019-04-10                                                                                                                                                                                                                                  | NÚMERO DE CRP |     | 26975<br>22407 | FECHA                    |       | 2019-05-31<br>30/04/2019 |     |        |      |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |            |       | Prestar 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. |               |     |                |                          |       |                          |     |        |      |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |  |            |       | DESDE                                                                                                                                                                                                                                                     |               | DIA | MES            | AÑO                      | HASTA |                          | DIA | MES    | AÑO  |
|                                                                          |  |            |       |                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 1   | 6              | 2019                     |       |                          | 30  | 6      | 2019 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  |            |       | \$1.710.199                                                                                                                                                                                                                                               |               |     |                |                          |       |                          |     |        |      |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |  | PIC        |       | RESERVA DE GLOSA 2%                                                                                                                                                                                                                                       |               |     |                | \$0                      |       |                          |     |        |      |

| OBSERVACIONES:                          |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |
|-----------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |
| CONCEPTO                                |  |  |  |  |  |  |  | VALORES     |  |  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  |  |  |  |  |  |  | \$6.897.803 |  |  |  |
| VALOR EJECUTADO                         |  |  |  |  |  |  |  | \$6.669.776 |  |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  |  |  |  |  |  |  | \$1.710.199 |  |  |  |
| VALOR A LIBERAR                         |  |  |  |  |  |  |  | \$0         |  |  |  |
| SALDO POR EJECUTAR                      |  |  |  |  |  |  |  | \$228.027   |  |  |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 |  |  |  |  |  |  |  | 97%         |  |  |  |

| 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 \$2,070,290 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 |
| 35458777                                                                                                                                                                                                                                           | \$828.116,00      | \$103.515                | \$132.499          | 3         | \$20.173   | \$256.186     |

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

  
**JENNY ANDREA ALFONSO BERNAL**  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
**JHON FREDY RIVEROS CASTRO**  
 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 PÚBLICA PIC FONTIBON PROGRAMAS Y ACCIONES F009 |                              | Sede: Fontibón                                                                                                                                                                                                                |               |     |        |   |     |     |     |   |   |      |  |    |   |      |
|-------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----|--------|---|-----|-----|-----|---|---|------|--|----|---|------|
| No. DE CONTRATO:        | 4459-2019                                            | Periodo certificado desde el | <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> <th>a</th> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>6</td> <td>2019</td> <td></td> <td>30</td> <td>6</td> <td>2019</td> </tr> </table> | Día           | Mes | Año    | a | Día | Mes | Año | 1 | 6 | 2019 |  | 30 | 6 | 2019 |
| Día                     | Mes                                                  | Año                          | a                                                                                                                                                                                                                             | Día           | Mes | Año    |   |     |     |     |   |   |      |  |    |   |      |
| 1                       | 6                                                    | 2019                         |                                                                                                                                                                                                                               | 30            | 6   | 2019   |   |     |     |     |   |   |      |  |    |   |      |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JHON FREDY RIVEROS CASTRO                            |                              | C. C.                                                                                                                                                                                                                         | 1.023.883.579 | DE  | BOGOTÁ |   |     |     |     |   |   |      |  |    |   |      |

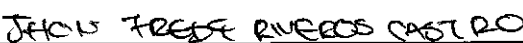
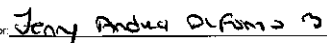
**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.

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 JUNIO 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 JUNIO, y congruencia mes de JUNIO, adicionalmente se envía en fechas estipuladas a nivel central (antes del día 15)                       | Matriz de visitas                                                                                                                             |
| Apoyo en la digitación cuando sea requerido.                                                                                                                                                             | NO         | 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 JUNIO, 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 auditoria de Secretaría Distrital de Salud o inventoria 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 JUNIO                                                                                       | 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):** 1.710.199 Un millón setecientos diez mil ciento noventa y nueve pesos m/c

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

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> mayo 2019 |
| <b>Sucursal o Dependencia:</b> PRINCIPAL  | <b>Periodo liquidación Salud:</b> mayo 2019     |
| <b>Número de Radicación:</b> 35458777     | <b>Total a pagar:</b> \$261,300                 |
| <b>Fecha de vencimiento:</b> 20/06/2019   | <b>Total de empleados:</b> 1                    |
| <b>Fecha de Pago:</b> 11/06/2019          | <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> 456353109          |

**Estado de la transacción:** Transacción aprobada

| Código | NIT       | Administradoras                      | Num. Afiliados | *Número de incapacidad por riesgos laborales | Valor descontado en incapacidad y/o licencia | Total Pagado |
|--------|-----------|--------------------------------------|----------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------|
| 14-11  | 890903790 | ARL SURA                             | 1              |                                              | \$0                                          | \$20,200     |
| 230201 | 800229739 | Protección (ING + Protección)        | 1              |                                              | \$0                                          | \$132,500    |
| CCF24  | 860066942 | Compensar Caja de Compensación Fliar | 1              |                                              | \$0                                          | \$5,000      |
| EPS008 | 860066942 | Compensar EPS                        | 1              |                                              | \$0                                          | \$103,600    |
|        |           |                                      |                |                                              |                                              | \$261,300    |

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