

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                           |                                                          |                        | Versión             | 3             |               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                          |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |               |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                          |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Luis Miguel Melo Castillo                                |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                      | X                      | C.E                 | No.           |               | 1030593261                                                                          |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | caleo1406@gmail.com                                      |                        |                     | CELULAR:      |               | 2627827                                                                             |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                          |                        |                     | SUBRED        |               |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | PIC ESPACIO DE VIVIENDA HOGAR SALUD PUBLICA PIC FONTIBON |                        |                     | SEDE:         |               | SUBRED                                                                              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K27-1         | 100                       |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO POPULAR     |                           |                                                          |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO        |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 500802460944                                             |                        |                     |               | PENSIONADO    | NO                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1703                      |                                                          |                        | VIGENCIA            |               | 2024          |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1746              | FECHA                     | 2024-07-22 14:12:49.000                                  |                        | NÚMERO DE CRP       | 45293         | FECHA         | 2024-07-31 16:16:25.000                                                             |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                    | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                          | 2024-07-01             |                     |               | 2024-07-31    |                                                                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                          | \$3,998,070            |                     |               |               |                                                                                     |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                       |                                                          | RESERVA DE GLOSA 0%    |                     |               | N/A           |                                                                                     |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                                          |                        |                     | VALORES       |               |                                                                                     |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                          |                        |                     | \$19,990,350  |               |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                          |                        |                     | \$19,990,350  |               |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                          |                        |                     | \$3,998,070   |               |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                          |                        |                     | \$0           |               |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                          |                        |                     | \$0           |               |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                          |                        |                     | 100%          |               |                                                                                     |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC  |                                                          | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL           | APORTE ARL    | TOTAL APORTES |                                                                                     |
| 8377994610                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                 |                                                          | \$145,364              | 3                   | \$22,132      | \$281,062     |                                                                                     |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| ISLENA TORRES ACOSTA<br>51840427<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                               |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                                          |                        |                     |               |               |                                                                                     |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRODUCTOS                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, técnico y bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para los componentes del escenario, espacio y/o Proyectos especiales, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud. | seguimientos domiciliarios a cohortes: 91 actividades, revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos aplicativo y drive. Reuniones de equipo                                                                                                             | Actas con su respectivo listado, formatos físicos diligenciados y registro de matrices en magnético           |
| . 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.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | seguimientos domiciliarios a cohortes: 91 actividades, revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos, aplicativo y drive. Reuniones de equipo realizar seguimiento y educación a familias notificadas por base                                           | Actas con su respectivo listado, formatos físicos diligenciados y registro de matrices en magnético           |
| Desarrollo de Acciones en el Entorno Hogar, Participar en la planeación, direccionamiento técnico y ejecución de las Jornadas locales y Distritales de Promoción de la Salud de acuerdo al cronograma definido por la Secretaria Distrital de Salud y la Subred.                                                                                                                                                                                                                                              | Participar activamente en actividades, propuestas y programadas, soporte de asistencia y actas de participación                                                                                                                                                                                                             | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación                                                    |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | realizar seguimiento y educación a familias notificadas por base                                                                                                                                                                                                                                                            | diligenciamiento y envío de formatos                                                                          |
| seguimiento a la canalización                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | activación de rutas realizadas en el proceso de caracterización y seguimiento e implementación                                                                                                                                                                                                                              | diligenciamiento y envío de formatos                                                                          |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | canalizaciones realizadas en el proceso de seguimiento                                                                                                                                                                                                                                                                      | diligenciamiento y envío de formatos                                                                          |
| Implementar actividades lúdico-pedagógicas participativas para el desarrollo de capacidades y empoderamiento en prácticas de cuidado en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Participar activamente en actividades, propuestas y programadas, soporte de asistencia y actas de participación                                                                                                                                                                                                             | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación                                                    |
| . Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por los Referentes de la Secretaria Distrital de Salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Participación en reunión de equipo del mes de julio 2024                                                                                                                                                                                                                                                                    | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación                                                    |
| 9. Consolidar y fortalecer grupos de líderes pares formados según necesidades priorizadas en salud e inclusión.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Participar activamente en actividades, propuestas y programadas, soporte de asistencia y actas de participación                                                                                                                                                                                                             | Listados de asistencia, que den cuenta de la participación                                                    |
| 10. Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Reforzar seguimientos domiciliarios a cohortes: 91 actividades revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos, aplicativo y drive. Reuniones de equipo: los deberes y derechos respecto a la seguridad social proceso de caracterización e implementación | Actas con su respectivo listado, formatos físicos diligenciados y registro de matrices en magnético           |
| 11. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las preauditorías del Referente del Entorno asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Entrega y ajustes de soportes con la calidad esperada correspondientes seguimientos domiciliarios a cohortes:91 actividades revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos, aplicativo y drive. Reuniones de equipo                                       | Actas con su respectivo listado, formatos físicos diligenciados y registro de matrices en magnético           |
| 12. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Entrega de soportes con la calidad esperada correspondientes seguimientos domiciliarios a cohortes:91 actividades revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos aplicativo y drive. Reuniones de equipo                                                  | Actas con su respectivo listado, formatos físicos diligenciados y registro de matrices en magnético           |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o SDS, entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Realizar ajustes y alistamiento de soportes con la calidad esperada correspondientes seguimientos domiciliarios a cohortes:91 actividades revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos aplicativo y drive. Reuniones de equipo                          | formatos físicos y diligenciamiento de soportes en magnético                                                  |
| Asumir el 100% de Glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y/o acciones de calidad, oportunidad, o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista. (Incumplimiento de meta, inconsistencia en soportes, entre otras)                                                                                                                                                                                                                                 | seguimientos domiciliarios a cohortes 91 actividades revisión de bases asignadas realizando visitas domiciliarias a familias nuevas y antiguas, evolución de formatos aplicativo y drive. Reuniones de equipo                                                                                                               | Actas de seguimiento a unidad de análisis, formatos físicos diligenciados y registro de matrices en magnético |

ISLENA TORRES ACOSTA  
51840427  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUIS MIGUEL MELO CASTILLO  
No. Identificación: CC1030593261  
Dirección: CALLE 1 #70A-65  
Telefono: 2627827  
Correo: caleo1406@gmail.com  
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.  
Número de Planilla: 8379381463

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

|                                 |                           |                               |               |
|---------------------------------|---------------------------|-------------------------------|---------------|
| Nombre Aportante                | LUIS MIGUEL MELO CASTILLO | Número de Empleados           | 1             |
| Tipo y número de identificación | CC1030593261              | Periodo de Cotización Salud   | julio de 2024 |
| Número de planilla              | 8379381463                | Periodo de Cotización Pensión | julio de 2024 |
| Fecha pago                      | 2024-08-12                | Número de Administradoras     | 3             |
| Número de autorización pago     | 17090034                  | Total Pagado                  | 494900        |
| Banco                           | 1023                      | Total Intereses de Mora       | 0             |

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE                        | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|-----------------------|-------------------------------|--------------|---------------------|
| 14-11                 | ARL SURA                      | 39000        | 1                   |
| 230201                | Proteccion (ING + Proteccion) | 255900       | 1                   |
| EPS010                | EPS Sura                      | 200000       | 1                   |

TIPO DOC.: CC  
NO. DOCUMENTO: 1030593261  
APELLIDOS Y NOMBRES: LUIS MIGUEL MELO CASTILLO

| Cód. EPS | Cód. AFP | IBC SALUD | IBC PENSIÓN | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | COTIZACIÓN SALUD | VALOR UPC | COTIZACIÓN PENSIÓN | FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN RIESGOS | APORTE CAJAS |
|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-----------|------------------|-----------|--------------------|----------------------------------|--------------------|--------------|
| EPS010   | 230201   | 1599228   | 1599228     | 1599228     | 0         | 200000           | 0         | 255900             | 0                                | 39000              | 0            |