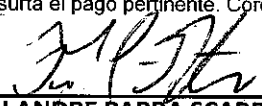
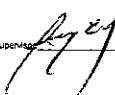


|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |  |                     |               |                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA |  | Versión             | 1             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>PAGO<br>Sur Occidente E.S.E. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |  | Fecha de aprobación | 9/11/2016     |                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |  | Código:             | 15-02-FO-0002 |                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------|-----------------|------|-----------------|---|--|--|
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    | FABIAN ANDRE PARRA SCARPETA                                                                                                                                                                                                                                  |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                    | C.C                                                                                                                                                                                                                                                          | X             | C.E             | NO.                                                                                                                                                           |                           | 79733895                 |                 |      |                 |   |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                    | seguridadquimicasurocc@gmail.com                                                                                                                                                                                                                             |               |                 |                                                                                                                                                               | CELULAR:                  |                          | 3103089020      |      |                 |   |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | FONTIBON ZONA FRANCA FO09 |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL                                                                                                                                                                                                                               |               |                 |                                                                                                                                                               | SEDE:                     |                          | FONTIBON        |      |                 |   |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                  |                   | Centro de costo          | %                  | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                              | %             | Centro de costo | %                                                                                                                                                             | Centro de costo           | %                        | Centro de costo | %    | Centro de costo | % |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | FO09K31                  | 100                |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                |                   |                          |                    | BANCO DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                                             |               |                 |                                                                                                                                                               | TIPO DE CUENTA:           |                          | Ahorros         |      |                 |   |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | 001970142376              |                          | PENSIONADO      |      | No              |   |  |  |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                    |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                    | 4103-2020                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                 |                                                                                                                                                               | N° DE PAGOS DEL CONTRATO  |                          | 4               |      | DE 5            |   |  |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                      |                   | 468<br>505               | FECHA              | 30/30/2020<br>03/04/2020                                                                                                                                                                                                                                     | NÚMERO DE CRP |                 | 20251<br>21292                                                                                                                                                | FECHA                     | 31/03/2020<br>04/04/2020 |                 |      |                 |   |  |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                    | Prestar servicios especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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             | 4               | 2020                                                                                                                                                          |                           | 30                       | 4               | 2020 |                 |   |  |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                        |                   |                          |                    | \$3.972.074                                                                                                                                                                                                                                                  |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                    | PIC                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                 |                                                                                                                                                               | RESERVA DE GLOSA 2%       |                          | \$0             |      |                 |   |  |  |
| OBSERVACIONES: Ninguna.                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | VALORES                   |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | \$12.313.429              |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | \$11.916.222              |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | \$3.972.074               |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | \$0                       |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               | \$397.207                 |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| 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 \$2'194,507 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% | NIVEL ARL                                                                                                                                                                                                                                                    | APORTE ARL    | TOTAL APORTES   |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| 41853963                                                                                                                                                                                                                                           | \$1.588.830       | \$198.604                | \$254.213          | 3                                                                                                                                                                                                                                                            | \$38.704      | \$491.521       |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| Dado en Bogotá al mes de Abril del año Dos Mil Veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                         |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 |                                                                                                                                                               |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |
| <br><b>JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA</b><br>NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR                                                                                     |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                 | <br><b>FABIAN ANDRE PARRA SCARPETA</b><br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |                           |                          |                 |      |                 |   |  |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> |                                                                                                                              | Versión: 2<br>Fecha de aprobación: 3/04/2017<br>Código: 04-02-FO-0003                                                                 |                       |
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL                                     |                                                                                                                              | Sede: FONTIBON ZONA FRANCA FQ09                                                                                                       |                                                                                                          |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 4103-2020                                                          |                                                                                                                              | Período certificado desde el<br>Día: 1 Mes: 4 Año: 2.020 a Día: 30 Mes: 4 Año: 2.020<br>C. C. 79.733.895 DE BOGOTÁ                    |                                                                                                          |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | FABIAN ANDRE PARRA SCARPETA                                        |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                          |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> Prestar servicios especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área 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 <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Servicios: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                          |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | PROGRAMA DO                                                        | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                       |                                                                                                                                       | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                     |
| Realizar, liderar o apoyar los procesos de inspección, vigilancia y control, toma y envío de muestras y operativos, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. |  | SI                                                                 | Se realiza programación de metas a los colaboradores de acuerdo al portafolio propuesto por SDS.                             |                                                                                                                                       | Metas por funcionario, impresas y firmadas.                                                              |
| Implementar aspectos de planeación y seguimiento relacionados con el desarrollo de las actividades de Salud Pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | SI                                                                 | Se realiza seguimientos a retrospectivos y concurrentes.                                                                     |                                                                                                                                       | Actas de seguimiento en campo.                                                                           |
| Implementar la metodología de preauditoría establecida por el referente de vigilancia sanitaria para el seguimiento de actividades en campo y revisión de soportes.                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | SI                                                                 | Se realiza preauditoría de acuerdo a la metodología para VSA.                                                                |                                                                                                                                       | Soportes preauditados.                                                                                   |
| Estructurar propuestas de abordaje intersectorial para la solución de las necesidades y problemáticas identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | SI                                                                 | En proceso continuo de acuerdo a direccionamiento desde la coordinación.                                                     |                                                                                                                                       | Soportes de los colaboradores con información socializada.                                               |
| Elaborar y Consolidar Planes de Mejoramiento.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SI                                                                 | Se realiza plan de mejora para eliminar factores que inciden en la calidad de los soportes entregados por los colaboradores. |                                                                                                                                       | Plan de mejora.                                                                                          |
| Brindar asesoría técnica y direccionamiento a la comunidad en temas como: SGSS, eventos de interés en Salud Pública, normalidad, según línea de intervención o actividad al que sea designada.                                                                                                                                                                                                                                                        |  | SI                                                                 | Atención a la comunidad en visitas en campo y servicio al usuario en Zona Franca.                                            |                                                                                                                                       | No se requirió.                                                                                          |
| Verificar el cumplimiento, contenido y oportunidad de los informes entregados por los referentes de las diferentes Líneas según requerimientos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SI                                                                 | Se entrega informes oportunamente Matriz 7523 e informe de gestión del mes.                                                  |                                                                                                                                       | Correos electrónicos con la información.                                                                 |
| Asistir a diferentes eventos que le sean asignados y/o delegados.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | SI                                                                 | Se asiste a las reuniones y eventos convocados.                                                                              |                                                                                                                                       | Listados de asistencia.                                                                                  |
| Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y el Hospital, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros).                                                                                                                                                                                                                   |  | SI                                                                 | Se entrega informes oportunamente Matriz 7523 e informe de gestión del mes.                                                  |                                                                                                                                       | Correos electrónicos con la información.                                                                 |
| Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | SI                                                                 | Se da respuesta a las diferentes solicitudes.                                                                                |                                                                                                                                       | Gestión en Sistema Orfeo.                                                                                |
| Disponer tiempos para reaccionar ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Localidad.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | SI                                                                 | Atención emergencia ambiental por calidad del aire.                                                                          |                                                                                                                                       | Envío de información de socialización.                                                                   |
| Preparar, presentar, participar en los procesos de auditorías internas y externas a las actividades programadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | SI                                                                 | Se presenta auditoría del mes de Marzo 2019.                                                                                 |                                                                                                                                       | Informe de auditoría firmado.                                                                            |
| Garantizar el uso racional del recurso físico y logístico a su cargo.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SI                                                                 | Se garantiza el uso racional de los recursos.                                                                                |                                                                                                                                       | Soportes de entrega de papelería de acuerdo a metas.                                                     |
| Elaborar y Consolidar respuesta de Glosas Parciales y Definitivas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | SI                                                                 | No se requirió para el mes.                                                                                                  |                                                                                                                                       | No aplica.                                                                                               |
| Realizar seguimiento a las inconsistencias de bases de datos derivadas de los procesos de inspección vigilancia y control, o demás productos de intervención por cada una de las líneas operativas del componente de vigilancia en salud ambiental.                                                                                                                                                                                                   |  | SI                                                                 | Se realiza seguimiento a correcciones de las inconsistencias internas y de SDS.                                              |                                                                                                                                       | Drive de entrega de soportes y correcciones a inconsistencias SDS.                                       |
| Realizar el direccionamiento técnico de la línea de intervención correspondiente, en el marco de los lineamientos definidos para la vigilancia de la salud ambiental del Plan de Salud pública de Intervenciones Colectivas -PSPIC.                                                                                                                                                                                                                   |  | SI                                                                 | Se realiza direccionamiento técnico y logístico de la línea de Seguridad Química.                                            |                                                                                                                                       | Actas de reunión, correos electrónicos, llamadas telefónicas.                                            |
| Formular acciones y/o medidas relacionadas a la disminución de glosas, teniendo en cuenta los seguimientos internos y externos a los procesos de intervención en el marco de la mejora continua.                                                                                                                                                                                                                                                      |  | SI                                                                 | Revisión de soportes, seguimientos a soportes retrospectivos y concurrentes.                                                 |                                                                                                                                       | Actas de revisión de soportes, seguimientos y reorientación.                                             |
| Planeación, socialización y seguimiento del plan de acción por línea de intervención teniendo en cuenta el portafolio de servicios, a fin de garantizar el cumplimiento de las actividades en el contexto del contrato PIC, adicionalmente velar que dicha planeación de cuenta al talento humano disponible evitando procesos de detrimento o sub ejecución de actividades.                                                                          |  | SI                                                                 | Planeación de actividades según portafolio de SDS y seguimiento continuo del mismo.                                          |                                                                                                                                       | Revisión de entregas y cruce con portafolios, de colaboradores que realizan acciones de IVC y proyectos. |
| Presentar los soportes de las actividades ejecutadas en vigilancia sanitaria por la subred en el marco del contrato PSPIC en los procesos de asistencia técnica, seguimiento y control programados por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                        |  | SI                                                                 | Se presentan los soportes solicitados por SDS.                                                                               |                                                                                                                                       | Acta de reunión de seguimientos SDS.                                                                     |
| Elaboración y remisión de la información solicitada por SDS o cualquier entidad que lo requiera, de manera completa y oportuna.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SI                                                                 | Se remite información solicitada.                                                                                            |                                                                                                                                       | Correos electrónicos, orfeo.                                                                             |
| Realizar, consolidar y entregar productos derivados de los procesos del liderazgo de las líneas operativas de manera mensual máximo el 4 día hábil del mes siguiente al desarrollo de sus actividades.                                                                                                                                                                                                                                                |  | SI                                                                 | Se consolida la información para ser presentada a la Referencia de VSA o quien la solicite.                                  |                                                                                                                                       | Información en medio físico y magnético.                                                                 |
| Generar procesos de articulación de vigilancia en salud ambiental con Vigilancia en Salud Pública, espacios de vida cotidiana y gobernanza, así como participar en las acciones transversales según los productos y actividades de los lineamientos del PSPIC.                                                                                                                                                                                        |  | SI                                                                 | Se realizan procesos de articulación continua con SIVIS y grupo ERI.                                                         |                                                                                                                                       | Socialización en actas de IVC y productos de Atención de Intoxicaciones con sustancias químicas.         |
| Adherirse a los procedimientos internos para la solicitud de insumos necesarios en las líneas de acción, teniendo en cuenta los lineamientos del contrato PSPIC, manual de contrataciones y/o demás procedimientos aplicables.                                                                                                                                                                                                                        |  | SI                                                                 | Se realiza requerimientos de acuerdo a matriz de insumos de los lineamientos e inventarios.                                  |                                                                                                                                       | Correo electrónico.                                                                                      |
| Realizar programaciones, redistribuciones y reformulación de las intervenciones de cada una de las líneas de intervención teniendo en cuenta la dinámica de talento humano y demás particularidades de las localidades objeto del desarrollo de actividades.                                                                                                                                                                                          |  | SI                                                                 | Se realiza reprogramación y redistribución.                                                                                  |                                                                                                                                       | Correo electrónico con reprogramación y redistribución.                                                  |
| Apoyo a la gestión administrativa del componente de salud ambiental, o demás procedimientos delegados por la referente en vigilancia en salud ambiental.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | SI                                                                 | Se realizan labores de apoyo encomendadas desde la referencia VSA.                                                           |                                                                                                                                       | Correos electrónicos.                                                                                    |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SI                                                                 | Se cuida y promueve el cuidado de equipos e instalaciones.                                                                   |                                                                                                                                       | No requiere.                                                                                             |
| Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | SI                                                                 | Se realiza conversatorios semanales.                                                                                         |                                                                                                                                       | Acta de reunión y correo electrónico.                                                                    |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera.                                                                                                                                                                                                                                                |  | SI                                                                 | Se remite información solicitada de alerta por calidad del aire y sarampión.                                                 |                                                                                                                                       | Canales por medios electrónicos solicitados.                                                             |
| Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                                                                                                                                                         |  | SI                                                                 | Se entregan productos oportunamente, con veracidad y calidad.                                                                |                                                                                                                                       | Información en medio físico y magnético.                                                                 |
| Garantizar la entrega oportuna de los productos teniendo en cuenta los ciclos de digitación del componente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | SI                                                                 | Se lleva registro de la entregas de los productos.                                                                           |                                                                                                                                       | Actas de recepción de soportes.                                                                          |
| OBSERVACIONES: NINGUNA.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                          |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3'972'074 TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS SETENTA Y CUATRO PESOS M/CTE.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                          |
| NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | FABIAN ANDRE PARRA SCARPETA C.C. 79733895                          |                                                                                                                              | Fecha: 08/04/2019 Firma de recibido supervisor:  |                                                                                                          |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                    |                                                                                                                              |                                                                                                                                       |                                                                                                          |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                             |                |              |                             |                                    |  |  |  |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|----------------|--------------|-----------------------------|------------------------------------|--|--|--|
| Tipo                | Número            | Nombre Aportante            | Dirección      | Teléfono     | Correo                      | EXONERADO PAGO PARA FISCAL Y SALUD |  |  |  |
| CC                  | 79733895          | FABIAN ANDRE PARRA SCARPETA | CLL 30 S N4 76 | 2027246      | ANDREUPERPPOWER@HOTMAIL.COM |                                    |  |  |  |
| Forma Presentación  | Clase Aportante   | Nombre Sucursal             | Código         | Departamento | Ciudad / Municipio          |                                    |  |  |  |
| UNICA               | I - Independiente |                             |                | BOGOTÁ D.C.  | BOGOTÁ D.C.                 | NO                                 |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |          |                    |  |  |  |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|----------|--------------------|--|--|--|
| Planilla Asociada    | Fecha Pago Asociada (DIA/MES/AÑO) | Tipo Planilla | Fecha Pago (DIA/MES/AÑO) | Número Planilla | Cantidad |                    |  |  |  |
|                      |                                   |               |                          |                 | 1        |                    |  |  |  |
| Periodo Salud        | Periodo Pensiones                 |               |                          |                 |          | TOTAL A PAGAR      |  |  |  |
| 2020-03              | 2020-03                           |               |                          |                 |          | 41535983 \$523.600 |  |  |  |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |               |            |                        |               |               |                  |       |                     |           |
|---------------|---------------|------------|------------------------|---------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-----------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT        | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | No. Autorización | Valor | Licencia Maternidad | Días Mora |
| EPS08         | Compensar EPS | 86006942-7 | 198.700                | 0             |               |                  | 0     |                     | 0         |

| TOTALES PENSIONES |          |             |                        |                            |                             |                        |           |                       |                |
|-------------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------|-----------------------|----------------|
| Código APP        | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP Subsidencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC |
| 200301            | Purvantr | 900224808-8 | 254.300                | 0                          | 0                           | 0                      | 0         | 0                     | 0              |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |            |                        |               |               |                       |           |                       |                   |
|---------------------------|----------|------------|------------------------|---------------|---------------|-----------------------|-----------|-----------------------|-------------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT        | Cotización Obligatoria | Incapacidades | Aportes Otros | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Fondo Solidaridad |
| 14-11                     | ARL SURA | 86090790-5 | 38.800                 |               |               | 38.800                | 0         | 0                     | 388               |

| TOTALES CAJAS |                |            |              |           |                   |               |               |  |  |
|---------------|----------------|------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|--|
| Código CCF    | Nombre         | NIT        | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |  |
| CCF24         | Compensar Caja | 86006942-7 | 31.800       | 0         | 0                 | 31.800        | 1             |  |  |

| TOTALES PARA FISCAL Y SALUD |           |                   |               |               |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|--|--|--|--|
| Valor Aporte                | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |
| 0                           | 0         | 0                 | 0             | 0             |  |  |  |  |  |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                 |                                     |               |  |  |  |  |  |  |
|------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|---------------|--|--|--|--|--|--|
| Tipo Administradora    | No. Administraciones Reportadas | Valor antes de IGE, LMA (RP y MORA) | Total a Pagar |  |  |  |  |  |  |
| Salud                  | 1                               | 198.700                             | 198.700       |  |  |  |  |  |  |
| Pensión                | 1                               | 254.300                             | 254.300       |  |  |  |  |  |  |
| Riesgos Laborales      | 1                               | 38.800                              | 38.800        |  |  |  |  |  |  |
| CCF                    | 1                               | 31.800                              | 31.800        |  |  |  |  |  |  |
| ESAP                   | 0                               | 0                                   | 0             |  |  |  |  |  |  |
| ICDF                   | 0                               | 0                                   | 0             |  |  |  |  |  |  |
| MEN                    | 0                               | 0                                   | 0             |  |  |  |  |  |  |
| SENA                   | 0                               | 0                                   | 0             |  |  |  |  |  |  |
| TOTALES                | 4                               | 523.600                             | 523.600       |  |  |  |  |  |  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                    |               |                           | CANTIDAD      |           |
|----------------------|------------------------------------|---------------|---------------------------|---------------|-----------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO) | EMPLEADOS     | IMPORTE   |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PAGO                       |               |                           | 1             | 0         |
| 2020-03              | 2020-03                            | I             |                           | TOTAL A PAGAR |           |
|                      |                                    |               |                           |               | \$523.800 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información