

|                                                                                                        |                                                                                                                       |  |                                                                       |                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA |  | Versión: 1<br>Fecha de aprobación: 9/11/2016<br>Código: 15-02-FI-0009 |  MINISTERIO DE SALUD |
|                                                                                                        |                                                                                                                       |  |                                                                       |                                                                                                         |
|                                                                                                        |                                                                                                                       |  |                                                                       |                                                                                                         |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |      |                               |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|------|-------------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|------------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |      | IVETTE KATHERINE SOSA PORTELA |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |      | C.C.                          | X | C.E.            | NO. |                 | 28.551.295 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |      | ikathe@hotmail.com            |   |                 |     | CELULAR:        |            | 3162388263      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |      |                               |   |                 |     | FO 09 ✓         |            |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |      | PIC                           |   |                 |     | SEDE:           |            | Fontibon        |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %    | Centro de costo               | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %          | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | FO09 K32        | 100% |                               |   |                 |     |                 |            |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |      | DAVIVIENDA                    |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |            | AHORROS         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |      | 477370033490                  |   |                 |     | PENSIONADO      |            | NO              |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                          |                    |        |                              |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------|--------|------------------------------|
| NUMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |                | 4408-2020                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |                    | 3 de 4 |                              |
| NUMERO DE CDP                                                            | 505 ✓<br>708 ✓ | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                          | 03/04/2020 ✓<br>30/04/2020 ✓ | NUMERO DE CRP            | 21392 ✓<br>25986 ✓ | FECHA  | 04/04/2020 ✓<br>03/05/2020 ✓ |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |                | Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. del acuerdo al requerimiento institucional. |                              |                          |                    |        |                              |

|                             |  |     |  |                     |     |     |      |       |     |     |      |
|-----------------------------|--|-----|--|---------------------|-----|-----|------|-------|-----|-----|------|
| PERIODO CERTIFICADO:        |  |     |  | DESDE               | DIA | MES | AÑO  | HASTA | DIA | MES | AÑO  |
|                             |  |     |  |                     | 1   | 5   | 2020 |       | 31  | 5   | 2020 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |  |     |  | \$3.972.074         |     |     |      |       |     |     |      |
| TIPO DE SERVICIOS           |  | PIC |  | RESERVA DE GLOSA 0% |     |     |      | \$0   |     |     |      |

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.

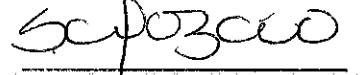
| CONCEPTO                                |  | VALORES      |
|-----------------------------------------|--|--------------|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: |  | \$10.857.002 |
| VALOR EJECUTADO                         |  | \$10.459.795 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            |  | \$3.972.074  |
| VALOR A LIBERAR                         |  | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      |  | \$397.207    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 |  | 96%          |

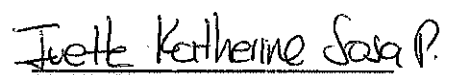
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 1028922060         | \$1.588.803       | \$198.700                | \$254.300          | 3         | \$38.800   | \$491.800     |

Dado en Bogotá en el mes de mayo del año dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

  
**SMITH EDITH LOZANO GUEVARA**  
 NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
**IVETTE KATHERINE SOSA PORTELA**  
 NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA

| INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              | Versión: 2                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fecha de aprobación: 03/04/2017                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                              | Código: 04-02-PO-0003                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                         |
| Ubicación del Servicio: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                              | Sede: Fontibón                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |
| No. DE CONTRATO: 4408-2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Período certificado desde el | Día: 1                                                                                                                                                                                                                                                                   | Mes: 5                                                                                                                                                                                                  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: IVETTE KATHERINE SOSA PORTELA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              | C. C. 28.551.285                                                                                                                                                                                                                                                         | DE: Ibagué                                                                                                                                                                                              |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.                                                                                                                         |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |
| El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos: SI <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                                                                                                                                                                                    |
| 1. Elaborar el plan de acción correspondiente al subistema asignado y realizar seguimiento mensual.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 2. Diligenciamiento de la matriz del proyecto de inversión correspondiente, de forma mensual con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud).                                                                                                                                                                                                                                                               | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 3. Analizar, depurar y mantener actualizada la base de datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica bajo su responsabilidad cumpliendo con criterios de calidad, generando respaldo del sistema de información al que pertenece (backup) periódicamente                                                                                                                                                                  | SI                           | Revisión de base de datos de aerolíneas<br>Base de sintomáticos<br>Base de vuelos charter<br>Base viajeros de zona de riesgo                                                                                                                                             | Base de datos revisadas de aerolíneas<br>Base de sintomáticos revisada<br>Base vuelos charter revisada<br>Base de viajeros de zona de riesgo revisada                                                   |
| 4. Asistir y participar en las reuniones programadas al interior del hospital (comités, COVES, COVECOM) y en espacios extra institucionales locales y distritales sobre el área de interés y que generen construcción del conocimiento, socializando posteriormente la información obtenida                                                                                                                                | SI                           | Asistencia a reunión de área realizadas el 14 de mayo                                                                                                                                                                                                                    | Listados de asistencia reunión                                                                                                                                                                          |
| 5. Participar y convocar unidades análisis de los casos que ameritan en el marco de la vigilancia del subistema asignado                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 6. Coordinar, articular y generar la activación de rutas con otros profesionales del área, del sector y de la red sur occidente, que intervengan, estudien y atiendan los eventos y población de interés                                                                                                                                                                                                                   | SI                           | Activación protocolo bravo hotel de alertas generadas en el aeropuerto internacional el Dorado                                                                                                                                                                           | Informes de atención a vuelo humanitario procedente de país de riesgo                                                                                                                                   |
| 7. Realizar la orientación y asistencia técnica a la UPGD con el conocimiento e información correspondiente al Sistema de Vigilancia asignado según programación y necesidad                                                                                                                                                                                                                                               | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 8. Elaborar las actas, informes e indicadores de los temas de su competencia conforme a criterios de calidad de acuerdo a requerimientos establecidos aportando al análisis de condiciones de calidad de vida salud y enfermedad                                                                                                                                                                                           | SI                           | Elaboración de informes de atención a vuelos humanitarios                                                                                                                                                                                                                | Informes de atención a vuelo humanitario procedente de país de riesgo.                                                                                                                                  |
| 9. Responder a las disponibilidades y a la activación de urgencias y emergencias en salud pública cuando se requiera de acuerdo a programación en forma integral y oportuna                                                                                                                                                                                                                                                | SI                           | Atención de eventos de interés en salud pública en el aeropuerto internacional el Dorado                                                                                                                                                                                 | Informes de eventos en eventos de interés en salud pública en el aeropuerto internacional el Dorado                                                                                                     |
| 10. Participar activamente en el desarrollo de procesos de fortalecimiento de competencias del talento humano dados por la Institución y la Secretaría Distrital de salud, o cualquier otra entidad que sean de estricto cumplimiento.                                                                                                                                                                                     | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 11. Realizar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y entregar los soportes de ejecución, datos e información requeridos de manera semanal.                                                                                                                                                                                                                 | SI                           | Realización de turnos programados en el horario de 7 am - 7 pm día de por medio - días impares                                                                                                                                                                           | Reporte de talento humano por turno asignado.<br>Reporte de entrega de turno que incluye alertas, talento humano e inventario.                                                                          |
| 12. Realizar pre auditoría de soportes físicos, seguimiento telefónico y concurrente brindando acompañamiento técnico a cada uno de los operativos y generación de planes de mejoramiento según corresponda, y presentar auditoría ante los entes de control                                                                                                                                                               | SI                           | Revisión de formatos de seguimientos telefónicos a sintomáticos.<br>Revisión de bases (base de vuelos, base de viajeros de zona de riesgo, base de sintomáticos y vuelos charter)                                                                                        | Formatos de seguimiento telefónico.<br>Bases revisadas                                                                                                                                                  |
| 13. Verificar concordancia físico/magnético de la base de datos del subistema asignado cumpliendo con criterios de calidad (oportunidad, veracidad, completitud)                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                           | Revisión de formatos de seguimientos telefónicos a sintomáticos vs base de datos de seguimiento y base de aerolíneas.                                                                                                                                                    | Base de datos revisadas y ajustadas de sintomáticos, base de aerolíneas y formatos en físico de seguimientos telefónicos.                                                                               |
| 14. Participar en la formulación, elaboración y desarrollo de investigaciones de carácter científico sobre los eventos específicos y población de estudio en la localidad, analizando las variables de salud, condiciones socio económicas, culturales y ambientales para diseñar las acciones en salud pública (artículos, boletines, anuarios, informes y demás documentos de análisis solicitados).                     | SI                           | Realización de investigaciones epidemiológicas de campo.                                                                                                                                                                                                                 | Envío de informes de investigaciones epidemiológicas de campo.                                                                                                                                          |
| 15. Desarrollar y mantener acciones de autocontrol y mejoramiento sobre las actividades asignadas, que garanticen la operación eficiente del área y fomentarlo para el cumplimiento de la misión de la entidad                                                                                                                                                                                                             | SI                           | Revisión de formatos de seguimientos telefónicos a sintomáticos vs base de datos de seguimiento y base de aerolíneas.                                                                                                                                                    | Base de datos revisadas y ajustadas de sintomáticos, base de aerolíneas y formatos en físico de seguimientos telefónicos.                                                                               |
| 16. Conocer y ejecutar los lineamientos técnicos, anexos operativos e instructivos definidos por la Secretaría Distrital de Salud y la Institución.                                                                                                                                                                                                                                                                        | SI                           | Atención de eventos de interés en salud pública en el aeropuerto internacional el Dorado de acuerdo a lineamientos establecidos                                                                                                                                          | Informes de eventos en eventos de interés en salud pública en el aeropuerto internacional el Dorado                                                                                                     |
| 17. Responder a las disponibilidades y la activación de urgencias y emergencias en salud pública en forma integral y oportuna según programación                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI                           | Atención de eventos de interés en salud pública en el aeropuerto internacional el Dorado                                                                                                                                                                                 | Informes de eventos en eventos de interés en salud pública en puntos de entrada                                                                                                                         |
| 18. Realizar la gestión del archivo documental asignado cumpliendo con la norma de gestión documental establecida por la Institución                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 19. Entregar al referente backup de información en magnético de manera mensual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | NO                           | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                                                                                         | NO PROGRAMADO DURANTE EL PERÍODO                                                                                                                                                                        |
| 20. Apoyar las jornadas, eventos y otras actividades de interés en Salud Pública, cuando se ha requerido por el Hospital y participar en los espacios de planeación y formulación programados por la SDS, actores sociales e institucionales o entes externos competentes                                                                                                                                                  | SI                           | Atención de eventos de interés en salud pública en el aeropuerto internacional el Dorado                                                                                                                                                                                 | Informes de eventos en eventos de interés en salud pública en puntos de entrada                                                                                                                         |
| 21. Realizar actividades de contención y/o mitigación por la pandemia COVID 19 en el Distrito Capital en el marco del contrato PSPIC, disponiendo de recursos telefónicos, tecnológicos, de protección personal que permitan implementar acciones ordenadas en el marco de los protocolos, guías y lineamientos emanados por el nivel distrital, para la identificación y atención de casos nuevos y búsqueda de contactos | SI                           | Tamizaje de viajeros procedentes de zona de riesgo y su respectiva canalización.<br>Verificación de bases establecidas en el proceso para el manejo de la pandemia COVID 19<br>Elaboración de informes de acuerdo a alertas establecidas de los vuelos de zona de riesgo | Base de viajeros de zona de riesgo verificada<br>Verificación de bases establecidas para el manejo de la pandemia COVID 19<br>Informes enviados al nivel central de atención a vuelos de zona de riesgo |
| <b>OBSERVACIONES:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |
| TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 3.972.074 TRES MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SETENTA Y CUATRO PESOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |
| IVETTE KATHERINE SOSA PORTELA. C.C 28.551.285 DE IBAGUÉ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                              | Fecha: 04/04/2020 Firma de recibido supervisor: <i>[Firma]</i>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                         |
| CONTRATISTA: <i>Ivette Katherine Sosa P.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |
| Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                         |

**Simple****PAGOSIMPLE I**AUTOLIQUIDACION  
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2020-05-05, 04:58:43 PM

Tipo Planilla:

1: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1028922060

Periodo Cotización:

abril de 2020

Periodo Servicio:

abril de 2020

Referencia pago (PIN): 8915199520

**PAGADO 05/05/2020****I. DATOS DEL APORTANTE**

|                     |                              |                    |                  |
|---------------------|------------------------------|--------------------|------------------|
| DATOS DEL SUJETO    |                              |                    |                  |
| Razón Social        | IVETH KATHERINE SOSA PORTELA |                    |                  |
| Documento           | CC28551295                   | Dirección          | CALLE 62 # 46 28 |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                | Teléfono           | 3162389263       |
| Tipo Persona        | NATURAL                      | Forma Presentación | ÚNICO            |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                  | Departamento       | BOGOTA D.C.      |
| Representante Legal | Identificación               |                    |                  |
| Total Afiliados     | 1                            | ARP                | ARL SURA         |

**II. DETALLE DEL APORTANTE**

| II. DETALLE DEL AFILIADO |                              |                |                 |           |       |       |       |       |       |       |       |       |       |           |       |       |                                        |              |                |                     |              |              |       |              |                |                   |           |              |             |             |      |                 |       |
|--------------------------|------------------------------|----------------|-----------------|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------|-------|-------|----------------------------------------|--------------|----------------|---------------------|--------------|--------------|-------|--------------|----------------|-------------------|-----------|--------------|-------------|-------------|------|-----------------|-------|
| Datos del Afiliado       |                              |                |                 | Novedades |       |       |       |       |       |       |       |       |       | Pensiones |       |       | Salud                                  |              |                | Riesgos             |              |              | Cajas |              |                | Parafiscales      |           |              | Total       |             |      |                 |       |
| Identificación           | Apellido y Nombre            | Tipo Cotizante | Saldo Cotizante | INC       | INC P | INC F | INC T | INC A | INC B | INC C | INC D | INC E | INC F | INC G     | INC H | INC I | Administradora                         | IBC Pensión  | Aporte Pensión | Administradora      | IBC Salud    | Aporte Salud | Talla | IBC Riesgos  | Aporte Riesgos | Administradora    | IBC Cajas | Aporte Cajas | Aporte SENA | Aporte ICBS | ENAP | Aporte Muestreo | Total |
| CC 28551295              | IVETH KATHERINE SOSA PORTELA | 59             | 00              |           |       |       |       |       |       |       |       |       |       |           |       |       | (232600) PROTECCIÓN (RTO + PROTECCIÓN) | \$ 1.588.800 | \$ 254.300     | EPISBIO ALIANZA LMD | \$ 1.588.800 | \$ 198.700   | 2435  | \$ 1.588.800 | \$ 38.800      | ENACC NINGUNA COF | \$ 0      | \$ 0         | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 491.800      |       |

**III. TOTALES**

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes SENA | Aportes ICBS | Aportes ENAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Salidas a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|-------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.588.800 | \$ 1.588.800 | \$ 1.588.800 | \$ 0      | \$ 254.300      | \$ 198.700    | \$ 38.800       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                            | \$ 0              | \$ 491.800                     | \$ 0                    | \$ 491.800  |

Página 1 de 1

Línea de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Call: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 50 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder  
de lo SIMPLE!