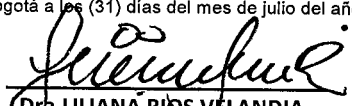
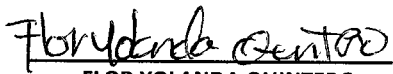


|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       |                     |               |                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  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             | 2             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br><small>Alcaldía Mayor de Bogotá D.C.</small> |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Fecha de aprobación | 31/03/2017    |                                                                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                         |                                                                                                                       | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                                                                                                   |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------|-----|-----------------|------|------------|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                    | FLOR YOLANDA QUINTERO                                                                                                                                                                                                                                                         |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                    | C.C.                                                                                                                                                                                                                                                                          | x          | C.E.            | NO. |                                                                                                                                                 | 39649515 |                 |     |                 |      |            |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                    | YOLISQUINTERO23@GMAIL.COM                                                                                                                                                                                                                                                     |            |                 |     | CELULAR:                                                                                                                                        |          | 3125546081      |     |                 |      |            |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                    | Bosa                                                                                                                                                                                                                                                                          |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                    | Desarrollo Institucional                                                                                                                                                                                                                                                      |            |                 |     | SEDE:                                                                                                                                           |          | Bosa            |     |                 |      |            |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Centro de costo          | %                  | Centro de costo                                                                                                                                                                                                                                                               | %          | Centro de costo | %   | Centro de costo                                                                                                                                 | %        | Centro de costo | %   | Centro de costo | %    |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | BO35T08                  | 100                |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                    | DAVIVIENDA                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                 |     | TIPO DE CUENTA:                                                                                                                                 |          | AHORROS         |     |                 |      |            |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                    | 488404133305                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                 |     | PENSIONADO                                                                                                                                      |          | No              |     |                 |      |            |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                                                                                                                                                                                                               |                   |                          |                    | 3549 DE 2020                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                 |     | N° DE PAGOS DEL CONTRATO                                                                                                                        |          |                 |     | 6 de 6          |      |            |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 573                      |                    | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                         |            | 20/04/2020      |     | NÚMERO DE CRP                                                                                                                                   |          | 24308           |     | FECHA           |      | 30/04/2020 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          |                    | Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Desarrollo Institucional 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               | 7   | 2020                                                                                                                                            |          |                 | 31  | 7               | 2020 |            |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                    | \$1.374.338                                                                                                                                                                                                                                                                   |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    | Administrativo                                                                                                                                                                                                                                                                |            |                 |     | RESERVA DE GLOSA 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. |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | VALORES                                                                                                                                         |          |                 |     |                 |      |            |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | \$8.246.028                                                                                                                                     |          |                 |     |                 |      |            |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | \$8.246.028                                                                                                                                     |          |                 |     |                 |      |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | \$1.374.338                                                                                                                                     |          |                 |     |                 |      |            |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | \$0                                                                                                                                             |          |                 |     |                 |      |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | \$0                                                                                                                                             |          |                 |     |                 |      |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | 100%                                                                                                                                            |          |                 |     |                 |      |            |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194.508, 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   |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| 8607669914                                                                                                                                                                                                                                                   | \$877.803,00      | \$109.800                | \$140.500          | 3                                                                                                                                                                                                                                                                             | \$21.400   | \$271.700       |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| Dado en Bogotá a los (31) días del mes de julio del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,                                                                                                                  |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     |                                                                                                                                                 |          |                 |     |                 |      |            |  |
| <br>Dra. LILIANA RIOS VELANDIA<br>Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional                                                                                        |                   |                          |                    |                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                 |     | <br>FLOR YOLANDA QUINTERO<br>NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA |          |                 |     |                 |      |            |  |

|                                                                                                                                                                         |                                                                    |                     |               |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  ALCALDÍA MAYOR<br>DE BOGOTÁ D.C. |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/2017    |                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                         |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                                                      |

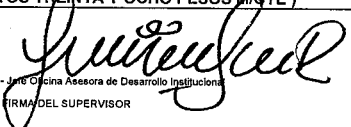
| Ubicación del Servicio: | Desarrollo Institucional - Gestion Documental | Sede: BOSA                                                                                                                    |     |     |     |   |   |       |
|-------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|---|---|-------|
| No. DE CONTRATO:        | 3549-2020                                     | Periodo certificado desde el                                                                                                  |     |     |     |   |   |       |
|                         |                                               | <table border="1"> <tr> <th>Día</th> <th>Mes</th> <th>Año</th> </tr> <tr> <td>1</td> <td>7</td> <td>2.020</td> </tr> </table> | Día | Mes | Año | 1 | 7 | 2.020 |
| Día                     | Mes                                           | Año                                                                                                                           |     |     |     |   |   |       |
| 1                       | 7                                             | 2.020                                                                                                                         |     |     |     |   |   |       |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | FLOR YOLANDA QUINTERO                         | C. C. 39.649.515 DE BOGOTÁ                                                                                                    |     |     |     |   |   |       |

**OBJETO DEL CONTRATO :** El contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestara sus servicios y conocimientos como Auxiliar administrativo de proceso de gestión documental de la Subred Integrada de Servicios de Salud sur Occidente.

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI ☐ NO ☐ Servicios: SI ☐ NO ☐

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                    | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                             | PRODUCTOS ENTREGADOS                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| a. Apoyar en archivo y desarchivo de las historias clínicas para consulta médica, salas de cirugía programada, listados para auditorías y en el área financiera, historias clínicas urgencias y hospitalización, historias clínicas para colposcopias, cirugías ambulatorias. | 100%       | listados para auditoría glosa, hc urgencias, hc hospitalización, colposcopias, ambulatorias.       | 40 historias clínicas para glosas, archivadas 1754 carpetas |
| b. Verificar y controlar los préstamos de historias clínicas en los libros de préstamo y listados del área financiera, consulta desaparecidos.                                                                                                                                | 100%       | se entregaron resúmenes de historia clínica al usuario interno, externo, desaparecidos, auditoría. | 38 externo                                                  |
| c. Elaborar material para el manejo de las historias clínicas, Revisión de correos para dar respuesta.                                                                                                                                                                        | 100%       | elaboración de carpetas                                                                            | 610 carpetas                                                |
| d. arreglo de historias clínicas para traslado al archivo central según directriz                                                                                                                                                                                             | 100%       | depuración de historias clínicas                                                                   | 46530 folios, 26920 historias clínicas                      |
| d. Revisión para el ingreso al formato FUI de las historias clínicas para transferencia                                                                                                                                                                                       | 0%         |                                                                                                    |                                                             |

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$ 1,374,338 (UN MILLÓN TRESCIENTOS SETENTA Y CUATRO MIL TRESCIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS MILSTE)**

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>FLOR YOLANDA QUINTERO - C.C. 39.649.515 DE BOGOTÁ<br>CONTRATISTA | <br>Dra. LILIANA RIOS VELANDIA - Jefe Oficina Asesora de Desarrollo Institucional<br>NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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



|                              |                       |
|------------------------------|-----------------------|
| RAZON SOCIAL :               | FLOR YOLANDA QUINTERO |
| IDENTIFICACION:              | CC-39649515           |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                     |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                     |
| FECHA GENERACION REPORTE:    | 2020-07-09            |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2020-07-06            |
| FECHA DE PAGO:               | 2020-07-03            |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DE BOGOTA       |
| PERIODO PENSION:             | 2020-06               |
| PERIODO SALUD:               | 2020-06               |
| NUMERO PLANILLA:             | 8607669914            |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                     |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 8603110987            |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                     |

| CODIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE        | NUMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|---------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS008         | 860066942 | COMPENSAR-EPS | 1                | \$ 877.803   | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 109.800                | \$ 109.800  |
| 230301         | 800224808 | PORVENIR      | 1                | \$ 877.803   | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 140.500                | \$ 140.500  |
| 4-11           | 890903790 | ARL SURA      | 1                | \$ 877.803   | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 21.400                 | \$ 21.400   |
| CCF24          | 860066942 | COMPENSAR-CCF | 1                | \$ 877.803   | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 17.600                 | \$ 17.600   |
| Total a pagar  |           |               |                  | \$ 3.511.212 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 289.300                | \$ 289.300  |

Flor Yolanda Quintero

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: 06/08/2020

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTUTA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**FLOR YOLANDA QUINTERO**

**CC 39649515**

La suma de \$1.374.338 por concepto de: Prestación de Servicios como: Auxiliar Administrativo en el proceso de Desarrollo Institucional durante el periodo de 1 al 31 de Julio 2020 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3549-2020

**FIRMA**

  
**FLOR YOLANDA QUINTERO**

**CC 39649515**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 488404133305**