

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO

No. CONTRATO - OPS: PS 2285 2019 C.D.P. No.: 188 Proceso al que pertenece: PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS -PSPIC  
Unidad a la que pertenece: SALUD PÚBLICA  
Nombre del Contratista: NATALIA ALEXANDRA HERNANDEZ MEDINA C.C. 53.116.609 de: BOGOTÁ  
Fecha Inicio: 2019-02-01 Fecha Terminación Inicial: 2019-03-03 Valor Mensual: \$ 3.095.400 Valor a cobrar: \$ 3.095.400

| ADICIÓN/ OTRO SI | VALOR ADICIÓN | CDP  | FECHA DE INICIO | FECHA DE TERMINACIÓN |
|------------------|---------------|------|-----------------|----------------------|
| 1                | \$ 3.000.000  | 536  | 2019-03-04      | 2019-04-03           |
| 2                | \$ 8.986.200  | 738  | 2019-04-04      | 2019-08-03           |
| 3                | \$ 3.095.336  | 1704 | 2019-08-04      | 2019-09-03           |
| 4                | \$ 6.201.800  | 1901 | 2019-09-04      | 2019-10-15           |
| 5                | \$ 4.138.458  | 2561 | 2019-10-16      | 2019-11-20           |
| 6                | \$ 5.540.984  | 2988 | 2019-11-21      | 2020-01-03           |
| 7                | \$ 2.792.589  | 3563 | 2020-01-04      | 2020-03-03           |
| 8                | \$ 3.499.148  | 189  | 2020-01-04      | 2020-03-03           |
| 9                | \$ 3.095.400  | 597  | 2020-03-04      | 2020-04-03           |
| 10               | \$ 3.095.400  | 960  | 2020-04-04      | 2020-05-03           |
| 11               | \$ 3.095.400  | 1397 | 2020-05-04      | 2020-06-03           |
| 12               |               |      |                 |                      |
| 13               |               |      |                 |                      |
| 14               |               |      |                 |                      |
| 15               |               |      |                 |                      |
| 16               |               |      |                 |                      |
| 17               |               |      |                 |                      |
| 18               |               |      |                 |                      |
| 19               |               |      |                 |                      |
| 20               |               |      |                 |                      |
| 21               |               |      |                 |                      |
| 22               |               |      |                 |                      |

| Nº CTA | MES DE CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR | VALOR PAGO SEGURIDAD SOCIAL | NÚMERO DE PLANILLA |
|--------|------------------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1      | FEBRERO                | \$ 3.000.000  | \$ 371.300                  | 4259661981         |
| 2      | MARZO                  | \$ 3.000.000  | \$ 371.300                  | 4265694832         |
| 3      | ABRIL                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4274548301         |
| 4      | MAYO                   | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4274548301         |
| 5      | JUNIO                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4280606818         |
| 6      | JULIO                  | \$ 3.095.336  | \$ 383.200                  | 4288029143         |
| 7      | AGOSTO                 | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4292597393         |
| 8      | SEPTIEMBRE             | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4297530361         |
| 9      | OCTUBRE                | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4303662659         |
| 10     | NOVIEMBRE              | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4308367183         |
| 11     | DICIEMBRE              | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4312902451         |
| 12     | ENERO                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4316218502         |
| 13     | FEBRERO                | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4317598996         |
| 14     | MARZO                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4322522604         |
| 15     | ABRIL                  | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4327182151         |
| 16     | MAYO                   | \$ 3.095.400  | \$ 383.200                  | 4331291488         |
| 17     |                        |               |                             |                    |
| 18     |                        |               |                             |                    |
| 19     |                        |               |                             |                    |
| 20     |                        |               |                             |                    |
| 21     |                        |               |                             |                    |
| 22     |                        |               |                             |                    |

| Resumen de contrato | VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
|---------------------|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
|                     | \$ 3.300.000               | \$ 49.840.715            | \$ 49.335.536    | \$ 505.179         |

2. INFORME DE ACTIVIDADES REALIZADAS Y AVANCE EN CUMPLIMIENTO DEL OBJETO DEL CONTRATO

PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO NUTRICIONISTA DESARROLLANDO ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

| Relación de actividades para el periodo:                                                                                                                                                                                                                                      | Desde:     | Hasta:     | DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS<br>(Las obligadas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                      |            |            | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                    |
| 1 Prestar sus servicios para el desarrollo de las actividades en el marco del contrato suscrito con FFD y la ESE.                                                                                                                                                             | 2020-05-01 | 2020-05-30 | Como oficial de calidad se hace la recepción de los casos positivos de Covid - 19, haciendo la revisión de soportes en el servidor, organizando carpetas, colocando documentos faltantes y solicitando los soportes, para consolidar los casos positivos identificados durante el mes, nombrando con letra y documento del paciente las carpetas, de acuerdo a la localidad donde se establecen los casos.                                                            | SIVIGILA_2020IECIEC_SIVIGILA345_E SI_IRAG346_COVID19348_COVID_19348_IRAG_INUSITADO |
| 2 Apoyar la prestación de servicios en el PIC, presentando la información y/o soportes que soliciten y que corresponde al objeto y/o actividades contractuales y de acuerdo a los anexos y lineamientos contenidos en el Contrato suscrito con el Fondo Financiero Distrital. |            |            | Se realiza la revisión y el seguimiento de los soportes en el servidor de los casos positivos de Covid - 19 que entregan los Epidemiólogos y profesionales de IEC. Se organizan las carpetas y se completan los documentos, se hacen las solicitudes respectivas, se nombran con letra de la localidad de la Subred a la que pertenecen y documento del paciente. Asistencia a reunión de área de Vigilancia Epidemiológica, capacitaciones y seguimiento a Covid-19. | SIVIGILA_2020IECIEC_SIVIGILA345_E SI_IRAG346_COVID19348_COVID_19348_IRAG_INUSITADO |
| 3 Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar                                                                                                                                                                                                           |            |            | Se presenta, entrega y actualiza el cronograma de actividades con lo programado para realizar durante el mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Cronograma mensual que se entrega en físico a la líder                             |
| 4 Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud.                              |            |            | Se asiste como oficial de calidad haciendo la verificación de casos positivos de Covid - 19, organizando los soportes en el servidor, haciendo la recepción de fichas con precrítica, verificando que estén completos los soportes de documentos en digital. Se asiste a las capacitaciones virtuales, reuniones de equipo, área y demás capacitaciones que se programan durante el mes.                                                                              | SIVIGILA_2020IECIEC_SIVIGILA345_E SI_IRAG346_COVID19348_COVID_19348_IRAG_INUSITADO |
| 5 Realizar las visitas en campo de acuerdo a los anexos operativos de cada espacios de vida o componente transversal. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato.                                                        |            |            | Realizar seguimiento de los casos positivos de Covid - 19, recepcionando, organizando y verificando soportes en digital en el servidor, aparte de las demás actividades que el supervisor del contrato asigna.                                                                                                                                                                                                                                                        | SIVIGILA_2020IECIEC_SIVIGILA345_E SI_IRAG346_COVID19348_COVID_19348_IRAG_INUSITADO |

Observaciones:

Se anexa certificación de pago a Salud, pensión y ARL.  
En caso de tener contrato nuevo se debe anexar también la certificación bancaria con la primera cuenta de cobro

*Natalia A. Hernández r.p.*  
Firma del Contratista

C.C. 53.116.609 de BOGOTÁ

| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                          |
|-------------------------------------|------------------------------------------|
| NOMBRE:                             | CLAUDIA LILIANA LÓPEZ DÍAZ - CC 37713845 |
| CARGO:                              | PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD       |
| FIRMA                               | <i>[Firma]</i>                           |
| VISTO BUENO SUPERVISOR DE CONTRATOS |                                          |
| NOMBRE:                             | MARIA CRISTINA DUARTE GARZON             |
| CARGO:                              | PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN SALUD       |
| FIRMA                               | <i>[Firma]</i>                           |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                    |                                                |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | CEDULA DE CIUDADANIA               | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 53116609             |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | NATALIA ALEXANDRA HERNANDEZ MEDINA |                                                |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | BOGOTA DISTRITO CAPITAL            | DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL        |
| DIRECCIÓN:                                                                | CL 10 B BIS SUR NO 16 43           | TELÉFONO: 7528999                              |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 02-INDEPENDIENTE                   | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE               |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA                            | ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                              |                                                |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                    | NO                                             |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |            |                                    |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA:               | 4331291488 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN:            | MES: abril | PERIODO COTIZACIÓN: MES: abril     |
| OTROS SUBSISTEMAS:             | AÑO: 2020  | SALUD: AÑO: 2020                   |
| DÍAS DE MORA:                  | 0          |                                    |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       | 2020/05/04 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990021062    |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                           |            |              |
|-----------------------|--------|---------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                           | TOTALES    |              |
|                       |        |                           | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                           |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                           |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                    |            |              |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES        | 1          | \$ 198.200   |
| SUBTOTAL:             |        |                           | 1          | \$ 198.200   |
| SALUD                 |        |                           |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                           |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                    |            |              |
| 800251440             | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A.       | 1          | \$ 154.800   |
| SUBTOTAL:             |        |                           | 1          | \$ 154.800   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                           |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                           |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                    |            |              |
| 860002503             | 14-7   | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1          | \$ 30.200    |
| SUBTOTAL:             |        |                           | 1          | \$ 30.200    |

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| <b>TOTAL PAGADO:</b> | <b>\$ 383.200</b> |
|----------------------|-------------------|

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.  
NIT 830.131.993-1  
Calle 96 No. 12 55 Bogotá

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 8863986136

DV: 645447

Cajero:

MADOLE

Cliente beneficiario:  
110263 PILA RECAUDO

Fecha:

04/05/2020 12:58:09

PS Recaudador:

010360 TOBERIN CLL 166 ZONA BANCARIA

Cantidad cupones:

1

Identificación:

53116609

Nombre:

NATALIA

Apellido 1:

HERNANDEZ

Apellido 2:

N/A

Tipo Documento:

CEDULA DE CIUDADANIA

Telefono:

3115153167

Código Planilla:

4331291468

Periodo Pago:

2020/04

Valor Comisión:

0

Valor Iva Comisión:

0

Referencia

Valor

53116609

\$383.200,00

Valor recibido:

\$383.200,00

Forma de pago:

EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el  
cliente beneficiario

Conserve este recibo, es el unico  
soporte valido para atender cualquier  
reclamacion.

Con la solicitud y aceptacion de mi  
parte, de la prestacion de este  
servicio, entiendo que manifiesto  
verbalmente mi autorizacion para el  
tratamiento de los datos personales que  
voluntariamente he entregado a Efectivo  
Ltda., Estos datos pueden ser utilizados  
unica y exclusivamente para la  
prestacion del servicio convenido.  
Linea de servicio al cliente: (1)