

DATOS DEL INFORME

|                                               |                                   |            |               |                            |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------|------------|---------------|----------------------------|
| Periodo a Certificar:                         | Desde:                            | 01-mar.-21 | Hasta:        | 31-mar.-21                 |
| Nombre del Contratista:                       | RAFAEL ANTONIO AMADO PRIETO       |            | Cédula:       | 74374138                   |
| Correo Electrónico:                           | RAFAAMADOP@GMAIL.COM              |            | Teléfono(s):  | 3123042373                 |
| Nombre del Supervisor - Planta:               | DAYRA IANNOVA CASTELLANOS LONDOÑO |            | Cargo:        | Jefe de Oficina de Calidad |
| Apoyo técnico a la supervisión - Contratista: | LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE       |            | Perfil:       | Profesional Especializada  |
|                                               |                                   |            | Código-Grado: | Código 6 Grado 5           |
|                                               |                                   |            | No. CTO:      | 1111-2021                  |

DATOS DEL CONTRATO

|                               |                               |               |      |                          |     |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------|------|--------------------------|-----|
| NO CONTRATO:                  | 3790-2021                     | Año Contrato: | 2021 | C.D.P. CONTRATO INICIAL: | 153 |
| PERFIL:                       | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO II |               |      |                          |     |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE: | CALIDAD                       |               |      |                          |     |
| UNIDAD DE SERVICIOS:          | EL CARMEN                     |               |      |                          |     |

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

| SERVICIOS                                         | UNIDAD         | CENTRO DE COSTOS                              | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES | VALOR HORA | TOTAL        | PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS |
|---------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------|---------------------|------------------------|------------|--------------|---------------------------------|
| CONVENIO APH                                      | Mostrar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| SIRC                                              | Mostrar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| RURALIDAD                                         | Mostrar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO | Mostrar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| GESTION DEL RIESGO                                | Mostrar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| SALUD PUBLICA PIC                                 | Mostrar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| HONORARIOS                                        | Ocultar        |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   | ADMINISTRATIVA | T105A                                         |                     |                        |            | \$ 3.750.000 | 100,00%                         |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
|                                                   |                |                                               |                     |                        |            | \$ -         | 0,00%                           |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES:                      | \$ 3.750.000   | TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS |                     |                        |            |              |                                 |

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

| FECHA INICIO CONTRATO | 01/02/2021   |                   |             |               |     | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL | 30/04/2021          |               |
|-----------------------|--------------|-------------------|-------------|---------------|-----|------------------------------------|---------------------|---------------|
| No. PRORROGA          | FECHA INICIO | FECHA TERMINACION | No. ADICION | VALOR ADICION | CDP | N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COBRO | VALOR A PAGAR |
|                       |              |                   |             |               |     | 1                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 2                                  | Febrero             | \$ 3.750.000  |
|                       |              |                   |             |               |     | 3                                  | Marzo               | \$ 3.750.000  |
|                       |              |                   |             |               |     | 4                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 5                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 6                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 7                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 8                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 9                                  |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 10                                 |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 11                                 |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 12                                 |                     |               |
|                       |              |                   |             |               |     | 13                                 |                     |               |

|                            |                          |                  |                    |
|----------------------------|--------------------------|------------------|--------------------|
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO | VALOR TOTAL DEL CONTRATO | PAGOS REALIZADOS | SALDO DEL CONTRATO |
| \$ 11.250.000              | \$ 11.250.000            | \$ 7.500.000     | \$ 3.750.000       |

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

| OBLIGACIONES ESPECIFICAS ( Las estipuladas en la minuta )                                                                                                                                | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION                                                                | PRODUCTO O EVIDENCIA  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 1 Apoyar las actividades tendientes al mantenimiento del Sistema Único de habilitación                                                                                                   | ACOMPAÑAMINETO ESTANDAR DE INFRAESTRUCTURA                                                                                                | APORTES DOCUMENTALES  |
| 2 Participar activamente de la conformación del cronograma de autoevaluaciones de habilitación legal la normatividad vigente                                                             | VISTA HOSPITAL EL TUNAL RECOLECCION INFORMACION                                                                                           | GESTION DOCUMEN TAL   |
| 3 Realizar las actividades requeridas para el desarrollo de autoevaluaciones de habilitación acorde a la programación establecida según indicación del líder de la línea de habilitación | VISITA DIFERENTES UNIDADES RECOLECCION INFORMACION HABILITACION                                                                           | CORREO ELECTRONICO    |
| 4 Realizar los informes de resultados de la aplicación de los instrumentos para la autoevaluación de estándares del Sistema Único de Habilidadación                                      | INFORME PROCESOS DE RECOLECCION DOCUMENTACION                                                                                             | CORREO ELECTRONICO    |
| 5 Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento producto de los hallazgos en las visitas de verificación de cumplimiento del Sistema Único de habilitación                           | VISITA USS SANTA LIBRADA Y TUNJUELITO PARA VERIFICAR LAS ADECUACIONES DE LA INSTALACIONES FISICAS PARA EL SERVICIO DE VACUNACION COVID-19 | ACTA                  |
| 6 Apoyar en lo concerniente a la asesoría y conceptos en los servicios en cuanto a cumplimiento de la normatividad vigente para el Sistema Único de Habilidadación                       | APOYO ESTANDAR DE TALENTO HUMANO                                                                                                          | APORTES DOCUMEN TALES |
| 7 Las demás actividades que le sean asignadas en desarrollo y cumplimiento el objeto contractual                                                                                         | ACOMPAÑAMINETO EVLAUAR EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMATIVIDAD EN RELACION CON LA OPORTUNIDAD DE ATENCION DE LA IPS ISMAEL PERDOMO             | ACTA                  |
| 8                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                           |                       |
| 9                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                           |                       |
| 10                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                       |
| 11                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                       |
| 12                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                       |
| 13                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                           |                       |

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

| PERIODO AL QUE CORRESPONDE EL                       | FECHA DE PAGO |                                       |     | NUMERO DE PLANILLA                            | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR |                                                                                   |
|-----------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------|-----|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| AÑO MES                                             | AÑO           | MES                                   | DIA |                                               |                                            |                                                                                   |
| 2021 2                                              | 2021          | 03                                    | 11  | 4381302891                                    |                                            | \$ 3.750.0                                                                        |
| ALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS |               |                                       |     | TRES MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS |                                            |                                                                                   |
| ÍTEM                                                |               | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL |     | INGRESO BASE DE COTIZACION                    | VALOR MINIMO DE LOS APORTES                | VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los Ingresos mensuales) no debe ser infu un SMLMV |



SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

CO-OPS-FT-11 V6

|                      |    |           |  |    |         |    |         |
|----------------------|----|-----------|--|----|---------|----|---------|
| PENSIONADO           | NO | PORVENIR  |  | \$ | 240.000 | \$ | 240.000 |
| SALUD                |    | NUÉVA EPS |  | \$ | 187.500 | \$ | 187.500 |
| ARL                  | 1  | SURA      |  | \$ | 7.800   | \$ | 7.900   |
| CAJA DE COMPENSACION | NO |           |  | \$ | 435.300 | \$ | 435.400 |

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

|                   |               |             |         |            |           |
|-------------------|---------------|-------------|---------|------------|-----------|
| ENTIDAD BANCARIA: | BVYA COLOMBIA | TIPO CUENTA | AHORROS | NRO CUENTA | 126370378 |
|-------------------|---------------|-------------|---------|------------|-----------|

*Rafael Antonio Amado Prieto*

RAFAEL ANTONIO AMADO PRIETO  
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA  
74.374.138

*Davira Janina Castellanos*

DAVIRA IANOVA CASTELLANOS LONDOÑO  
NOMBRE DEL SUPERVISOR  
Jefe de Oficina de Calidad

*Luz Brigitte Marin Manrique*

LUZ BRIGITTE MARIN MANRIQUE  
NOMBRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN  
Profesional Especializada

**Bancoomeva**

| DATOS VERNACULOS DE LA FAMILIA                                                                  |                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| NOMBRE DE LA FAMILIA<br>PERIODO CONFORMACION OTROS<br>DATA DE MONA<br>FECHA PAISO (aaaa/mm/dd): | MES<br><del>1999</del> AÑO<br>2001/03/11<br>NÚMERO AUTORIZACION |
| NÚMERO DE LA FAMILIA<br>43816022881<br>2001                                                     | MES<br><del>1999</del> AÑO<br>2001                              |

| ADMINISTRADORA |          |               |            |                     |           |           |              |            |         | TOTAL APORTES A PENSIÓN |       |              |  |
|----------------|----------|---------------|------------|---------------------|-----------|-----------|--------------|------------|---------|-------------------------|-------|--------------|--|
| CÓDIGO         | NOMBRE   | Nº COLIZANTES | COLIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS |           | FSP       | MORSA        |            | TOTALES |                         |       |              |  |
|                |          | 1             |            | EMPLEADOR           | COLIZANTE | SOLIDARIO | SUBSISTENCIA | COLIZACIÓN | FSP     | APORTES                 | MORSA | VALOR PAGADO |  |
| 0000           | ECONOMÍA |               | \$ 240.00  | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0    | \$ 240.00               | \$ 0  | \$ 240.00    |  |
| SUB-TOTALES:   |          |               |            | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0      | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0    | \$ 240.00               | \$ 0  | \$ 240.00    |  |

| ADMINISTRADORA |  |             |  |               |  |                            |  |                    |  | TOTAL APORTES A SALDO                 |  |               |  |             |  |            |  |  |  |
|----------------|--|-------------|--|---------------|--|----------------------------|--|--------------------|--|---------------------------------------|--|---------------|--|-------------|--|------------|--|--|--|
| CODIGO         |  | NOMBRE      |  | No. COLTANTES |  | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD |  | LICENCIA MATERIDAD |  | SALDO A FAVOR                         |  | LIQUIDACION   |  | MORA        |  | TOTALES    |  |  |  |
| EPSOJ          |  | ALFEBIA EPS |  | 1             |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN        |  | VALOR              |  | PLAZILLA                              |  | COTIZACIÓN    |  | UPC         |  | APORTES    |  |  |  |
|                |  |             |  |               |  |                            |  | \$ 0               |  |                                       |  | \$ 0          |  | \$ 187.500  |  | \$ 0       |  |  |  |
| SUB-TOTALES:   |  |             |  |               |  |                            |  |                    |  |                                       |  |               |  |             |  | \$ 187.500 |  |  |  |
|                |  |             |  |               |  |                            |  |                    |  | TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES |  |               |  |             |  |            |  |  |  |
| CODIGO         |  | NOMBRE      |  | No. COLTANTES |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN        |  | INCAPACIDAD IP     |  | PAGO A OTROS RIESGOS                  |  | SALDO A FAVOR |  | LIQUIDACION |  | TOTALES    |  |  |  |
| 4411-AN. SALA  |  |             |  | 1             |  |                            |  | VALOR              |  | \$ 0                                  |  | PLAZILLA      |  | VALOR       |  | APORTES    |  |  |  |
|                |  |             |  |               |  |                            |  |                    |  |                                       |  |               |  | \$ 0        |  | \$ 1.900   |  |  |  |
| SUB-TOTALES:   |  |             |  |               |  |                            |  |                    |  |                                       |  |               |  |             |  | \$ 1.900   |  |  |  |

| ADMINISTRADORA |  |        |  |               |  |                     |  |                |  | TOTAL APORTES A SALDO |  |               |  |             |  |          |  |  |  |
|----------------|--|--------|--|---------------|--|---------------------|--|----------------|--|-----------------------|--|---------------|--|-------------|--|----------|--|--|--|
| CODIGO         |  | NOMBRE |  | No. COLTANTES |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN |  | INCAPACIDAD IP |  | PAGO A OTROS RIESGOS  |  | SALDO A FAVOR |  | LIQUIDACION |  | TOTALES  |  |  |  |
| 4411-AN. SALA  |  |        |  | 1             |  |                     |  | VALOR          |  | \$ 0                  |  | PLAZILLA      |  | VALOR       |  | APORTES  |  |  |  |
|                |  |        |  |               |  |                     |  |                |  |                       |  |               |  | \$ 0        |  | \$ 1.900 |  |  |  |
| SUB-TOTALES:   |  |        |  |               |  |                     |  |                |  |                       |  |               |  |             |  | \$ 1.900 |  |  |  |

[illegible]

|       |            |
|-------|------------|
| TOTAL | \$ 435.400 |
|-------|------------|