

|                                                                                   |                                                                                                                              |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERÍA</b> | Versión             | 3             |  |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Fecha de aprobación | 15/02/2018    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                                                                              | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                     |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |     |                              |   |                 |     |                         |            |                       |   |                 |   |  |  |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-----|------------------------------|---|-----------------|-----|-------------------------|------------|-----------------------|---|-----------------|---|--|--|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |     | JULYETH BEATRIZ ROJAS BLANCO |   |                 |     |                         |            |                       |   |                 |   |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |     | C.C.                         | X | C.E.            | NO. |                         | 1016060214 |                       |   |                 |   |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |     | lb.rojasbl@outlook.com       |   |                 |     | CELULAR:                |            | 3005034149            |   |                 |   |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                              |   |                 |     | PRESTACION DE SERVICIOS |            |                       |   |                 |   |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |     | ASISTENCIAL                  |   |                 |     | SEDE                    |            | PAPS OLARTE- PABLO VI |   |                 |   |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %   | Centro de costo              | % | Centro de costo | %   | Centro de costo         | %          | Centro de costo       | % | Centro de costo | % |  |  |
|                                             |  | PA31A38         | 100 |                              |   |                 |     |                         |            |                       |   |                 |   |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |     | BANCO CAJA SOCIAL            |   |                 |     | TIPO DE CUENTA:         |            | Ahorros               |   |                 |   |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |     | 24078199752                  |   |                 |     |                         |            |                       |   |                 |   |  |  |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |     |      |                          |       |            |      |        |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-----|------|--------------------------|-------|------------|------|--------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |  |     |  | 2923-2020                                                                                                                                                                                                                                                             |            |     |      | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |       |            |      | 5 DE 6 |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 574 |  | FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                 | 20/04/2020 | 20  |      | 23729                    | FECHA | 30/04/2020 |      |        |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |     |  | Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de Enfermería, 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          | 6   | 2020 |                          | 30    | 6          | 2020 |        |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  |     |  | \$2.867.748                                                                                                                                                                                                                                                           |            |     |      |                          |       |            |      |        |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |  |     |  | Administrativo                                                                                                                                                                                                                                                        |            |     |      | RESERVA DE GLOSA 0%      |       |            |      |        |  |

OBSERVACIONES: Se realizaron 186 horas

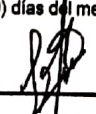
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$17.206.488 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$14.338.740 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2.867.748  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$2.867.748  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 83%          |

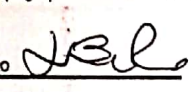
El Interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

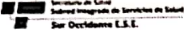
Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$ 2.194.508, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 42071874           | \$1.147.100,00    | \$143.400                | \$34.500               | 3         | \$28.000   | \$205.900     |

Dado en Bogotá a los (30) días del mes de Junio del año Dos mil veinte (2020). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

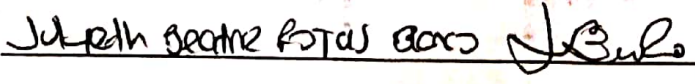
  
 NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
 NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

|                                                                                   |                                                                    |                     |               |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b> | Versión             | 2             |  |
|                                                                                   |                                                                    | Fecha de aprobación | 03/04/2017    |                                                                                     |
|                                                                                   |                                                                    | Código:             | 04-02-FO-0003 |                                                                                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                              |  |                                                                                                                                                                                     |  |               |  |     |  |        |  |                                                                                |  |     |  |       |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|-----|--|--------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----|--|-------|--|
| Ubicación del Servicio:                                                                                                                                                                                                                                                             |  | PAPS OLARTE                  |  | Sede: PABLO VI                                                                                                                                                                      |  |               |  |     |  |        |  |                                                                                |  |     |  |       |  |
| No. DE CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 2923 DE 2020                 |  | Periodo certificado desde el                                                                                                                                                        |  | Día           |  | Mes |  | Año    |  | Día                                                                            |  | Mes |  | Año   |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                              |  |                                                                                                                                                                                     |  | 1             |  | 6   |  | 2.020  |  | 30                                                                             |  | 6   |  | 2.020 |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                             |  | JULYETH BEATRIZ ROJAS BLANCO |  | C. C.                                                                                                                                                                               |  | 1.018.060.214 |  | DE  |  | BOGOTÁ |  |                                                                                |  |     |  |       |  |
| <b>OBJETO DEL CONTRATO:</b> El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Enfermera de Consulta Externa de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente |  |                              |  |                                                                                                                                                                                     |  |               |  |     |  |        |  |                                                                                |  |     |  |       |  |
| <b>El resultado del cumplimiento del contrato es:</b> Productos : SI <u>X</u> NO <u>    </u> Servicios: SI <u>    </u> NO <u>    </u>                                                                                                                                               |  |                              |  |                                                                                                                                                                                     |  |               |  |     |  |        |  |                                                                                |  |     |  |       |  |
| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                          |  | PROGRAMADO                   |  | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                              |  |               |  |     |  |        |  | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                           |  |     |  |       |  |
| 1. Practicar las intervenciones de enfermería, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento, de acuerdo a normatividad vigente y guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.                                                                   |  | X                            |  | SE REALIZA ATRAVES DE CADA USUARIO ATENDIDO, REALIZANDO ACTIVIDADES DE ENFERMERIA DE ACUERDO A LAS GUIAS DE MANEJO INSTITUCIONALES .                                                |  |               |  |     |  |        |  | HC DIMANICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 2. Desarrollar y apoyar la ejecución de las actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo de acuerdo con la normatividad vigente.           |  | N/A                          |  |                                                                                                                                                                                     |  |               |  |     |  |        |  |                                                                                |  |     |  |       |  |
| 3. Realizar las actividades propias del servicio de consulta externa.                                                                                                                                                                                                               |  | X                            |  | SE REALIZAN ACTIVIDADES PROPIAS DE POGRAMAS PYD                                                                                                                                     |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 4. Elaborar las historias clinicas completas de acuerdo con la normatividad vigente.                                                                                                                                                                                                |  | X                            |  | SE DILIGENCIA HISTOIRA CLINICA DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999                                                                                                              |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 5. Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar lapertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.                                                                                              |  | X                            |  | SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA DE ACUERDO A USUARIO ATENDIDO Y DEMANDA INDUCIDA TELEFONICA PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PROGRAMA DE PYD DE ACUERDO A EDAD DEL USUARIO.                 |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 6. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del estado.                                                                                                                                   |  | X                            |  | SE REALIZA DIAGNOSTICO EN SALUD DE ACUERDO AL FACTOR DE RIESGO                                                                                                                      |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 7. Evaluar junto con el equipo de salud, la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos al acomunidad.                                                                                                                                                                       |  | X                            |  | SEGUIMIENTO A ACTIVIDADES DE AUXILIARES DE ENFERMERIA Y SEGUIMIENTO A USUARIOS DE ACUERDO A PROGRAMA DE PYD                                                                         |  |               |  |     |  |        |  | BASES DE DATOS PROGRAMAS DE PYD Y RUTA DE MANTENIMIETNOY RPOMOCIÓN DE LA SALUD |  |     |  |       |  |
| 8. Realizar la referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.                                                                                                                                        |  | X                            |  | SE REALIZA INTERCONSULTA INTERDISCIPLINAR SEGÚN REQUERIMIENTO DE LOS USUARIOS                                                                                                       |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 9. Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad.                                                                                                                                                              |  | X                            |  | SE REALIZA IDENTIFICACIÓN DE NECESIDAD DE CADA USUARIO, JUNTO CON FACTORES DE RIESGO PARA BRINDAR ATENCIÓN OPORTUNA.                                                                |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 10. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr un eficaz prestación de los servicios de salud y generar articulación de actividades con el grupo de colaboradores del área, garantizando integralidad en la prestación del servicio.                           |  | X                            |  | SE REALIZA OPORTUNAMENTE REMISION A USUARIOS QUE NECESITAN UNA ATENCIÓPN ESPECIFICA, SE REALIZA ENTREGA A AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA RESPECTIVO SEGUIMIENTO Y OPORTUNIDAD DE CITAS |  |               |  |     |  |        |  | HC DINAMICA                                                                    |  |     |  |       |  |
| 11. Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del area de la influenza que permita proponer alternativas de solución.                                                                                                                   |  | X                            |  | SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA DE ACUERDO A USUARIO ATENDIDO Y DEMANDA INDUCIDA TELEFONICA PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PROGRAMA DE PYD DE ACUERDO A EDAD DEL USUARIO.                 |  |               |  |     |  |        |  | BASES DE DATOS PROGRAMAS DE PYD Y RUTA DE MANTENIMIETNOY RPOMOCIÓN DE LA SALUD |  |     |  |       |  |

|                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                                                                                                                                  |                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 12 Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, oportuna y oportuna los documentos que le sean requeridos para el servicio                                                                          | X   | SE DILIGENCIA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1995 Y A IDENTIFICACIÓN DE CASOS ESPECÍFICOS DE SINIESTRO SE REALIZA DE FORMA INMEDIATA FORMAS DE NOTIFICACIÓN | HC DINAMICA                                             |
| 13 Realizar intervenciones, exámenes, citas y procedimientos que generen la atención presencial del usuario                                                                                                        | X   | SE REALIZA EN CADA ATENCIÓN DE USUARIOS                                                                                                                                          | HC DINAMICA                                             |
| 14 Reportar oportunamente los sucesos de la institución del servicio                                                                                                                                               | X   | SE REALIZA POR LA PAGINA DE INTRANET DE LA INSTITUCIÓN A TRAVES DE REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD Y MESA DE AYUDA                                                               | REPORTE DE SUCESOS EN RESPECTIVO APLICATIVO             |
| 15 Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las disposiciones institucionales                                                                | X   | SE REALIZA JUNTO A PERSONAL DE FACTURACIÓN Y ARCHIVO                                                                                                                             | BASES DE DATOS DE MANEJO DE ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL |
| 16 Participar en la elaboración de presupuestos y compromisos económicos a su cargo                                                                                                                                | X   | SE REALIZA A TRAVES DE UAT DE ENFERMERIA Y ULO DE FORMA MENSUAL CON EQUIPO DE TRABAJO                                                                                            | FIRMA DE PARTICIPACION                                  |
| 17 Ejercer control sobre las acciones de Bioseguridad, Plan de Gestión, Planes de acción de riesgos y seguridad, protocolos institucionales para la atención de los accidentes laborales del trabajo, enfermedades | X   | SE REALIZA DIARIAMENTE USO CORRECTO DE EPI E HIGIENIZACIÓN DE MANOS RESPECTIVO A CADA ACTIVIDAD                                                                                  | AUTOCONTROL                                             |
| 18 Realizar y controlar actividades en los procesos de atención, procedimientos de atención y/o intervenciones a que haya lugar relacionadas con los accidentes o patologías que genera                            | X   | SE REALIZA A TRAVES DE UAT DE ENFERMERIA, RED DE MATERNIDAD Y ULO DE FORMA MENSUAL CON EQUIPO DE TRABAJO                                                                         | FIRMA DE PARTICIPACION                                  |
| 19 Realizar el control de actividades, enfermedades y/o accidentes en los ambientes laborales, hospital y controlar los procesos pertinentes y/o actividades y/o plan de implementación a que haya lugar           | X   | SE REALIZA DE MANERA DIARIA, AUTOCONTROL Y AUTOGESTIÓN DE ACTIVIDADES                                                                                                            | AUTOCONTROL                                             |
| 20 Realizar y controlar con el equipo médico en la institución de procedimientos quirúrgicos                                                                                                                       | N/A |                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 21 Informar oportunamente al equipo médico cualquier emergencia o caso de emergencia o caso que comprometa la salud del paciente                                                                                   | X   | SE INFORMA AL EQUIPO DE TRABAJO DE FORMA INMEDIATA FRENTE A UNA EMERGENCIA                                                                                                       | AUTOCONTROL                                             |
| 22 Realizar las actividades pertinentes para atender al requerimiento de los malos conductores y/o de planes y/o programas institucionales en áreas asignadas                                                      | X   | SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA DE ACUERDO A USUARIO ATENDIDO Y DEMANDA INDUCIDA TELEFONICA PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PROGRAMA DE PYD DE ACUERDO A EDAD DEL USUARIO               | OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO                           |
| 23 Promover el control, control del patrimonio institucional y reportar por los accidentes dentro de implementación                                                                                                | X   | SE REALIZA DE FORMA DIARIA                                                                                                                                                       | REPORTE DE GUARDA DE SEGURIDAD                          |
| 24 Garantizar la cobertura de la institución y la gestión documental de los usuarios que se generan durante las actividades realizadas                                                                             | X   | SE DILIGENCIA PLANILLA DE CITAS FIRMADAS POR CADA USUARIO ATENDIDO                                                                                                               | PLANILLAS DE CITAS - HC DINAMICA                        |
| 25 Realizar y controlar el libro de control de los usuarios de implementación de servicio                                                                                                                          | X   | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE PLANILLA DE CITAS AGENDADAS EN EL SISTEMA DINAMICA Y AGENDA DE ACTIVIDAD MENSUAL (HORAS ASIGNADAS)                                                     | HORARIO DE ACTIVIDAD MENSUAL Y PLANILLA DE CITAS        |
| 26 Cuando el profesional este asignado al área de urgencias, Atendido de los accidentes, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: control de ingresos, atención, internación, atención de       | N/A |                                                                                                                                                                                  |                                                         |
| 27 Llevar a cabo actividades afines con la naturaleza del cargo del usuario                                                                                                                                        | X   | SE REALIZA DE FORMA OPORTUNA SEGÚN ACTIVIDAD                                                                                                                                     | CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                  |     |                                                                                                                                                                                   |                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 12. Participar en la elaboración y diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para su actividad.                                                                                                                | X   | SE DILIGENCIA HISTORIA CLINICA DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1995 DE 1999 Y A IDENTIFICACIÓN DE CASOS ESPECIFICOS DE SIVIGILIA SE REALIZA DE FORMA INMEDIATA FICHAS DE NOTIFICACIÓN. | HC DINAMICA                                             |
| 13. Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.                                                                                                                                                         | X   | SE REALIZA EN CADA ATENCIÓN DE USUARIOS                                                                                                                                           | HC DINAMICA                                             |
| 14. Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                          | X   | SE REALIZA POR LA PAGINA DE INTRANET DE LA INSTITUCIÓN, A TRAVES DE REPORTE DE SUCESOS DE SEGURIDAD Y MESA DE AYUDA.                                                              | REPORTE DE SUCESOS EN RESPECTIVO APLICATIVO             |
| 15. Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las obligaciones contractuales.                                                                                                               | X   | SE REALIZA JUNTO A PERSONAL DE FACTURACIÓN Y ARCHIVO                                                                                                                              | BASES DE DATOS DE MANEJO DE ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL |
| 16. Participar en la actualización de los procesos y procedimientos inherentes a su cargo.                                                                                                                                                                       | X   | SE REALIZA A TRAVES DE UAT DE ENFERMERÍA Y ULC DE FORMA MENSUAL CON EQUIPO DE TRABAJO                                                                                             | FIRMA DE PARTICIPACION                                  |
| 17. Conocer aplicar las normas de Bioseguridad, Plan de gestión Ambiental, manual de higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contractual                                                               | X   | SE REALIZA DIARIAMENTE USO CORRECTO DE EPI E HIGIENIZACIÓN DE MANOS RESPECTIVO A CADA ACTIVIDAD.                                                                                  | AUTOCONTROL                                             |
| 18. Asistir y Participar activamente en los procesos de actualización y fortalecimiento de competencia y a reuniones a que haya lugar, relacionadas con las actividades a proyectos que ejecute.                                                                 | X   | SE REALIZA A TRAVES DE UAT DE ENFERMERÍA, RED DE MATERNIDAD Y ULC DE FORMA MENSUAL CON EQUIPO DE TRABAJO                                                                          | FIRMA DE PARTICIPACION                                  |
| 19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas, formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar.                                                 | X   | SE REALIZA DE MANERA DIARIA, AUTOCONTROL Y AUTOGESTIÓN DE ACTIVIDADES                                                                                                             | AUTOCONTROL                                             |
| 20. Asistir y colaborar con el equipo médico en la realización de procedimientos asistenciales.                                                                                                                                                                  | N/A |                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| 21. Informar oportunamente al equipo médico cualquier alteración ya sea física, psicológica o clínica que comprometa la salud del paciente.                                                                                                                      | X   | SE INFORMA AL EQUIPO DE TRABAJO DE FORMA INMEDIATA FRENTE A UNA EMERGENCIA                                                                                                        | AUTOCONTROL                                             |
| 22. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área asignada.                                                                                                   | X   | SE REALIZA DEMANDA INDUCIDA DE ACUERDO A USUARIO ATENDIDO Y DEMANDA INDUCIDA TELEFONICA PARA GARANTIZAR EL ACCESO AL PROGRAMA DE PYD DE ACUERDO A EDAD DEL USUARIO.               | OPORTUNIDADES DE MEJORAMIENTO                           |
| 23. Promover el cuidado custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados su responsabilidad.                                                                                                                                            | X   | SE REALIZA DE FORMA DIARIA                                                                                                                                                        | REPORTE DE GUARDA DE SEGURIDAD                          |
| 24. Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.                                                                                                                          | X   | SE DILIGENCIA PLANILLA DE CITAS FIRMADAS POR CADA USUARIO ATENDIDO                                                                                                                | PLANILLAS DE CITAS - HC DINAMICA                        |
| 25. revisar y notificar al líder el estado de las agendas de programación de servicios.                                                                                                                                                                          | X   | SE REALIZA SEGUIMIENTO DE PLANILLA DE CITAS AGENDADAS EN EL SISTEMA DINAMICA Y AGENDA DE ACTIVIDAD MENSUAL ( HORAS ASIGNADAS)                                                     | HORARIO DE ACTIVIDAD MENSUAL Y PLANILLA DE CITAS        |
| 26. Cuando el profesional este asignado al área de urgencias. Además de las anteriores, realizar las actividades propias del servicio de urgencias: consulta urgencias, observación, hospitalización, atención de                                                | N/A |                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| 27. Las demás actividades afines con la naturaleza del objeto del contrato                                                                                                                                                                                       | X   | SE REALIZA DE FORMA OPORTUNA SEGÚN ACTIVIDAD                                                                                                                                      | CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES                             |
| <b>OBSERVACIONES:</b> (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje o cualquiera otra novedad que repercuta el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |     |                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| <b>TOTAL A PAGAR (Número y letras): DOS MILLONES OCHOCIENTOS SESENTA Y SIETE MIL SETECIENTOS CUARENTA Y OCHO (\$2.867.748)</b>                                                                                                                                   |     |                                                                                                                                                                                   |                                                         |
| <br>NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: JULIETH BEATRIZ ROJAS BLANCO CC: 19180600214                                                                              |     | Fecha: 30/08/2020 Firma de recibido supervisor:                                              |                                                         |
| Nota: El Informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.                                                                                                                                      |     |                                                                                                                                                                                   |                                                         |

| DATOS DEL APORTANTE   |                    |                                 |                           |              |                      |                                           |
|-----------------------|--------------------|---------------------------------|---------------------------|--------------|----------------------|-------------------------------------------|
| TPO                   | NÚMERO             | NOMBRE APORTANTE                | DIRECCIÓN                 | TELÉFONO     | CORREO               | EXONERADO PAGO<br>PARATASCALES Y<br>SALUD |
| CC                    | 1016060214         | JULYETH BEATRIZ ROJAS<br>BLANCO | CR 986 19A 23 APTO<br>402 | 4773395      | jlorjasb@outlook.com |                                           |
| FORMA<br>PRESENTACIÓN | CLASE<br>APORTANTE | NOMBRE<br>SUCURSAL              | CÓDIGO                    | DEPARTAMENTO | CUIDAD / MUNICIPIO   |                                           |
| UNICA                 | Independiente      |                                 |                           | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C.         | NO                                        |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          | EMPLADOS      |
|                      |                                   |               |                          | 1             |
|                      |                                   |               |                          | 0             |
|                      |                                   |               |                          | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          | \$205.900     |

**TOTALES POR SUBSISTEMAS**

| TOTALES SALUD |               |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                   |                          |               |               |
|---------------|---------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-------------------|--------------------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre        | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora<br>UPC | Valor Mora<br>Cotización | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |               |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                   |                          |               |               |
| EPS008        | Compañías EPS | 860065942-7 | 143.400                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                 | 0                        | 143.400       | 1             |

**TOTALES PENSIÓN**[illegible]**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |  |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |  |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |  |
| 14-11                     | ARL SUFA | 890803790-5 | 28.000                 |                  |       |                        | 28.000                | 0         | 0                     | 28.000              |                            |                     | 280               | 28.000        | 1             |  |

**TOTALES CAJAS**

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

**TOTALES PARAFISCALES**

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |                |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradores Reportados | Valor antes de IGE, LIMA, RP y mora | Total a Pagar  |
| Salud                  | 1                              | 143.400                             | 143.400        |
| Pensión                | 1                              | 34.500                              | 34.500         |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 28.000                              | 28.000         |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0              |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0              |
| <b>TOTALES</b>         | <b>3</b>                       | <b>205.900</b>                      | <b>205.900</b> |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                     |                          |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                    | DIRECCIÓN                |
| CC                  | 1016060214        | JULYETH BEATRIZ ROJAS BLANCO        | CR 96G 19A 23 APTO * 402 |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                     | CÓDIGO                   |
| ÚNICA               | 1 - Independiente |                                     |                          |
| TELÉFONO            |                   | CORREO                              |                          |
| 4773395             |                   | jrojasb@outlook.com                 |                          |
| CIUDAD / MUNICIPIO  |                   | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |                          |
| BOGOTÁ D.C.         |                   | NO                                  |                          |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA   | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) |
|                      |                                   |                 |                          |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD                 |
| 2020-05              | 2020-05                           | 42781420        | EMPLEADOS<br>1           |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |                 | \$205.900                |

### DETALLE POR COTIZANTE

| Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres          | INFORMACIÓN NOVEDADES |          |           |            |                       |                      |                             |                                 |          |           |                      |          | PENSION   |            |          |         | SALUD      |                        | RECURSOS LABORALES |            |             |            | CCF |  |  |  | PARAFISCALES |  |  |  |
|------|-----------------------|------------------------------|-----------------------|----------|-----------|------------|-----------------------|----------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------|-----------|----------------------|----------|-----------|------------|----------|---------|------------|------------------------|--------------------|------------|-------------|------------|-----|--|--|--|--------------|--|--|--|
|      |                       |                              | Comunicación          | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntario o afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Exención / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Cotización | Cód. CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA        | Aporte ACP | Aporte ESAP | Aporte MEN |     |  |  |  |              |  |  |  |
| CC   | 1016060214            | ROJAS BLANCO JULYETH BEATRIZ |                       | 25-14    | 1.147.100 | 34.500     | 0                     | 0                    | 0                           | 0                               | EP5008   | 1.147.100 | 143.400              | 14-11    | 1.147.100 | 3          | 28.000   | 0       | 0          | 0                      | 0                  | 0          | 0           | 0          |     |  |  |  |              |  |  |  |

PAGADA

*JulBul*  
1016060214