

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                 |           | Versión<br>3                     |               |  |                         |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                                   |                                 |           | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                 |           | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |                         |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   | YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                   | C.C                             | X         | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52779671                |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                   | carolinaespinosa29@gmail.com    |           |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3006842269              |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                                 |           | SUBRED                           |               |                                                                                     |                         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   | EQUIPO ATENCION EN CASA KENNEDY |           |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED                  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                                 |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU44K33-5            | 100                               |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                   |                                 |           | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                   | 457370015093                    |           |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 4188                              |                                 |           | VIGENCIA                         |               | 2022                                                                                |                         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1386                 | FECHA                             | 2022-07-14 11:53:48.000         |           | NÚMERO DE CRP                    | 25673         | FECHA                                                                               | 2022-07-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO - LIDER |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | DESDE                             | FECHA INICIAL                   |           | HASTA                            | FECHA FINAL   |                                                                                     |                         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   | 2022-02-01                      |           |                                  | 2022-02-28    |                                                                                     |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                   |                                 |           | \$7,225,000                      |               |                                                                                     |                         |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            | Asistencial          |                                   | RESERVA DE GLOSA 0%             |           |                                  | N/A           |                                                                                     |                         |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                      |                                   |                                 |           | VALORES                          |               |                                                                                     |                         |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   |                                 |           | \$7,225,000                      |               |                                                                                     |                         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                 |           | \$7,225,000                      |               |                                                                                     |                         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                   |                                 |           | \$7,225,000                      |               |                                                                                     |                         |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                   |                                 |           | \$0                              |               |                                                                                     |                         |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                   |                                 |           | \$0                              |               |                                                                                     |                         |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                   |                                 |           | 100%                             |               |                                                                                     |                         |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION    | APORTE A SALUD 12.5% IBC          | APORTE PENSION 16% IBC          | NIVEL ARL | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |                         |
| 9430971221                                                                                                                                                                                                                                                   | \$2,890,000          | \$361,250                         | \$462,400                       | 3         | \$70,400                         | \$894,050     |                                                                                     |                         |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2022. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ<br>51852543<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                    |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                      |                                   |                                 |           |                                  |               |                                                                                     |                         |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES                                                                                                          | PRODUCTOS  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur Occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | Dar linea tecnica a los procesos de equipos de atencion en casa                                                      | Acta       |
| Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial , con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Se da revision de los procesos de los equipos de atencion encasa                                                     | Acta       |
| Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interes en salud publica, notificación de alertas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realiza revision de los procesos de notificacion, eventos y canalizacion de acuerdo a las acciones de los equipos | Acta       |
| Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Se realiza analisis de las acciones realizadas por los equipos de atencion en casa                                   | Documentos |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Ser realiza procesos de atencion con enfoque de humanización y seguridad del paciente                                | Actas      |
| Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaria Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Se participa en reuniones convocadas por nivel central                                                               | Actas      |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos.                                                                                                                                                  | Se realizan actividades de articulacion y acercamientos en territorios                                               | Actas      |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, entes de control.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se cuenta con organizacion de los soportes                                                                           | Archivo    |
| Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se realiza programacion de las acciones                                                                              | Actas      |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Se da respuestas a las solicitudes                                                                                   | Correos    |

SANDRA MARIA BOCAREJO HERNANDEZ  
51852543  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                                   |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                         | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52779671                   |    | ESPINOSA PINILLA YENNY CAROLINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 69 d 4 28 sur in t 2 apto 708 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4632879  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2022-01                           | 2022-01 | 1329356119 | 9430971221 | I        | 2022/02/16 | 2022/02/16 | BANCO DAVIVIENDA | \$952,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |                |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |             |          |         |      |             |          |              |     |        |
|--------------------------------------------------|----------------|----------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|----------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|
| EMPLEADO                                         |                |                | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |             |          | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |
| No.                                              | Identificación | Nombres        | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte   | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)               |                |                |         |      | \$2,890,000 | \$462,400 |        |      | \$2,890,000 | \$361,300 |        |      | \$2,890,000 | \$57,800 |         |      | \$2,890,000 | \$70,500 |              | \$0 | \$0    |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |                |         |      | \$2,890,000 | \$462,400 |        |      | \$2,890,000 | \$361,300 |        |      | \$2,890,000 | \$57,800 |         |      | \$2,890,000 | \$70,500 |              | \$0 | \$0    |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |                |         |      | \$2,890,000 | \$462,400 |        |      | \$2,890,000 | \$361,300 |        |      | \$2,890,000 | \$57,800 |         |      | \$2,890,000 | \$70,500 |              | \$0 | \$0    |
| 1                                                | CC 52779671    | ESPINOSA YENNY | 230301  | 30   | \$2,890,000 | \$462,400 | EPS005 | 30   | \$2,890,000 | \$361,300 | CCF24  | 30   | \$2,890,000 | \$57,800 | 14-11   | 30   | \$2,890,000 | \$70,500 | 30           | \$0 | \$0    |
| Total Afiliados( 1)                              |                |                |         |      | \$2,890,000 | \$462,400 |        |      | \$2,890,000 | \$361,300 |        |      | \$2,890,000 | \$57,800 |         |      | \$2,890,000 | \$70,500 |              | \$0 | \$0    |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                                   |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                         | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 52779671                   |    | ESPINOSA PINILLA YENNY CAROLINA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 69 d 4 28 sur in t 2 apto 708 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 4632879  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |            |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|------------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave      |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago       | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Dias Mora | Valor     |
| 2022-01                           | 2022-01 | 1329356119 | 9430971221 | I        | 2022/02/16 | 2022/02/16 | BANCO DAVIVIENDA | 0         | \$952,000 |

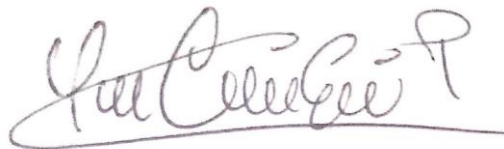
| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$462,400        | \$0            | \$0                    | \$462,400        |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$462,400        | \$0            | \$0                    | \$462,400        |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$70,500         | \$0            | \$0                    | \$70,500         |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$70,500         | \$0            | \$0                    | \$70,500         |  |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$57,800         | \$0            | \$0                    | \$57,800         |  |
| COMPENSAR                | CCF24  | 860,066,942 | 7  | 1         | \$57,800         | \$0            | \$0                    | \$57,800         |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$361,300        | \$0            | \$0                    | \$361,300        |  |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$361,300        | \$0            | \$0                    | \$361,300        |  |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$952,000</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$952,000</b> |  |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
CC 52779671 DE Bogotá

La suma de \$7.225.000 Siete Millones doscientos veinticinco mil pesos M/CTE por concepto de servicios prestados como Profesional especializado Líder convenio 0016 de 2021 en Equipos de Atención en Casa durante el periodo de 1 al 28 de febrero de 2022 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 4188-2022



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
CC 52779671 DE Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA  
NUMERO 457370015093