

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                           |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                     |                           |                               |           | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                           | MARTHA CECILIA JAIMES URBINA  |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                           | C.C                           | X         | C.E                              | No.           |                                                                                     | 51961456                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                     |                           | marthacju@gmail.com           |           |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3162960596                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                     |                           |                               |           |                                  | SUBRED        |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                           | PEDIATRIA PATIO BONITO TINTAL |           |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo     | %                         |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11105             | 100                       |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO GNB SUDAMERIS |                           |                               |           | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                     |                           | 90940012200                   |           |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                     |                           |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                     | 1257                      |                               |           | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1714                | FECHA                     | 2023-07-24<br>10:19:03.000    |           | NÚMERO DE CRP                    | 36334         | FECHA                                                                               | 2023-07-31<br>13:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                     | DESDE                     | FECHA INICIAL                 |           | HASTA                            | FECHA FINAL   |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                           | 2023-07-01                    |           |                                  | 2023-07-31    |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                     |                           |                               |           | \$3,840,096                      |               |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                     |                           |                               |           | \$25,864,176                     |               |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                           |                               |           | \$18,296,928                     |               |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                     |                           |                               |           | \$3,840,096                      |               |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                     |                           |                               |           | \$0                              |               |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                     |                           |                               |           | \$7,567,248                      |               |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                     |                           |                               |           | 71%                              |               |                                                                                     |                            |
| 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 \$2.194,507 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 |                                                                                     |                            |
| 27059321                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,581,216         | \$197,652                 | \$252,995                     | 3         | \$38,518                         | \$489,165     |                                                                                     |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                     |                           |                               |           |                                  |               |                                                                                     |                            |
| SAIRA ANDREA MELO GUZMAN<br>23846067<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                                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Apoyar la realización de las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos ordenados por el profesional tratante para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral.                                                                          | Realizar las actividades, procedimientos diagnósticos y terapéuticos según orden médica para el manejo de las patologías según el plan integral                                                                         | Registro en las notas de enfermería y planes de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica                                                                             |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                             | Aplicar las normas y el código de ética para el adecuado manejo de la historia clínica                                                                                                                                  | Lista de verificación del adecuado manejo de la historia clínica según la normatividad vigente                                                                                                       |
| Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Realizar el registro actualizado de la atención, los procedimientos, las actividades e intervenciones, según los indicadores establecidos por la Subred                                                                 | Presentación de indicadores establecidos por la Subred y registros para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación                                                                      |
| Participar en la entrega de turno según el procedimiento establecido.                                                                                                                                                                                                   | Cumplir con el procedimiento establecido para la entrega de turno                                                                                                                                                       | Diligenciamiento del formato establecido por la Subred para la entrega de turno                                                                                                                      |
| Participar en la programación de las actividades del área.                                                                                                                                                                                                              | Realizar la programación de actividades del personal a cargo                                                                                                                                                            | Formato de asignación de actividades presenta en el formato de entrega de turno                                                                                                                      |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.                                                                                                                                                             | Realizar el reporte de eventos según la normatividad vigente                                                                                                                                                            | Diligenciamiento del formato establecido por la Subred                                                                                                                                               |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                    | Identificar las fallas presentes en el servicio                                                                                                                                                                         | Presentación de acciones de mejora para el servicio                                                                                                                                                  |
| Impartir instrucciones al personal a cargo                                                                                                                                                                                                                              | Dar instrucciones al personal a cargo según competencia                                                                                                                                                                 | Formato de asignación de actividades y entrega de turno                                                                                                                                              |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                                                                                                                | Presentar los formatos e instrumentos según el cargo, como criterio de legibilidad, oportunidad e integralidad                                                                                                          | Formato de actividades establecido por la Subred                                                                                                                                                     |
| Realizar los procedimientos al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.                                                                                                                                                                            | Realizar los procedimientos a los usuarios según orden médica                                                                                                                                                           | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica                                                                               |
| Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.                                                                                                                                                                                 | Realizar seguimiento a los pacientes según su patología y condición clínica                                                                                                                                             | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica                                                                               |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.                                                                                                                                                                                        | Informar al paciente y al familiar acerca de los procedimientos, las actividades e intervenciones según su condición                                                                                                    | Registro en las notas de enfermería y plan de cuidados de enfermería por paciente, presentes en el aplicativo dinámica                                                                               |
| Promover acciones de humanización en la atención y de seguridad del paciente en el servicio.                                                                                                                                                                            | Tratar con respeto, imparcialidad y rectitud a las personas con las que tenga relación por razón de su cargo                                                                                                            | Lista de verificación                                                                                                                                                                                |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                                               | Cumplir con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la institución                                                                                                     | Lista de adherencia a los procesos de calidad                                                                                                                                                        |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                                                  | Presentar planilla como soporte de pago de aportes mensual al sistema de seguridad social en salud según normatividad vigente<br>Pago oportuno al sistema de seguridad social: salud, pensiones y riesgos profesionales | Planilla de pago Planilla de pago                                                                                                                                                                    |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | Asistir a las capacitaciones programadas por la institución: EAC, actualizaciones, otras actividades educativas                                                                                                         | Formato de asistencia a: EVENTOS DE APRENDIZAJE CONTINUO =>EAC profesionales de enfermería. Asegúrate del mes, buena práctica: 11-05-2023, con la asistencia registrada en el aplicativo almera 2022 |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                                                           | Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en el ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes                   | Formato de adherencia a los protocolos                                                                                                                                                               |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                                                    | Asistir y participar en las actividades según requerimientos institucionales y extrainstitucionales                                                                                                                     | Formato de asistencia a: EVENTOS DE APRENDIZAJE CONTINUO =>EAC profesionales de enfermería. Asegúrate del mes, buena práctica: 11-05-2023, con la asistencia registrada en el aplicativo almera 2022 |

SAIRA ANDREA MELO GUZMAN  
23846067  
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

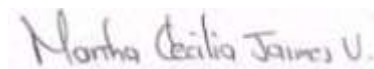
Copia Certificada  
Subred Suroccidente

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

**DEBE A:**

**MARTHA CECILIA JAIMES URBINA**  
**C.C 51961456 DE BOGOTA**

La suma de **TRES MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA MIL CERO NOVENTA Y SEIS PESOS** M/CTE (3840096), por concepto de: prestación de servicios como ENFERMERA PROFESIONAL en la unidad de Patio Bonito durante el periodode 01 al 31 de **JULIO** de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestaciónde servicios No 1257-2023



**MARTHA CECILIA JAIMES URBINA**  
**C.C. 51961456 DE BOGOTA**

**BANCO GNB SUDAMERIS**  
**NUMERO 90940012200**



|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| RAZON SOCIAL :               | MARTHA CECILIA JAIMES URBINA |
| IDENTIFICACION:              | CC-51961456                  |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                            |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                            |
| FECHA GENERACION REPORTE:    | 2023-07-14                   |
| FECHA LIMITE DE PAGO:        | 2023-07-14                   |
| FECHA DE PAGO:               | 2023-07-14                   |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO GNB SUDAMERIS          |
| PERIODO PENSION:             | 2023-06                      |
| PERIODO SALUD:               | 2023-06                      |
| NUMERO PLANILLA:             | 27059321                     |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                            |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 27059321                     |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                            |

| CODIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE            | NUMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|-------------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS037         | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1                | \$ 1.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 200.000                | \$ 200.000  |
| 25-14          | 900336004 | COLPENSIONES      | 1                | \$ 1.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 256.000                | \$ 256.000  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA          | 1                | \$ 1.600.000 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 39.000                 | \$ 39.000   |
| Total a pagar  |           |                   |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 495.000                | \$ 495.000  |

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 14/08/2023 |
|----------------------------------|------------|

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC          | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|-----------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|------------------|-----------------|
| CC                  | 51961456              | JAIMES          | URBINA           | MARTHA        | CECILIA        | 2023-06                   | NUEVA E.P.S S.A. | COTIZANTE       |

| EPS/EOC          | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion*        |
|------------------|----------------------|------------------|---------------|---------------------|
| NUEVA E.P.S S.A. | 06/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 05/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 04/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 03/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 02/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 01/2023              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 12/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 11/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 10/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 09/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 08/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 07/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 06/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 05/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 02/2022              | 1                | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 01/2022              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 12/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 11/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 10/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 09/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 08/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 07/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 06/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 05/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 04/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 03/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 02/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 01/2021              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |
| NUEVA E.P.S S.A. | 12/2020              | 30               | COTIZANTE     | Pago con cotización |