

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                                 |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           | PIOQUINTO ALEMAN                                                |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                           | C.C                                                             | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 8691157 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                           | pialsa@hotmail.com                                              |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3590138 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                                                 |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |         |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           | ADM DIRECCION DE SERVICIOS DE URGENCIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                         |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10U07              | 100                       |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                           |                                                                 |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |         |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                           | 570478170013583                                                 |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO      |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                           |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 1318                      |                                                                 |                     | VIGENCIA                         |               | 2023                                                                                |         |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2932                 | FECHA                     | 2023-11-29 16:40:51.000                                         | NÚMERO DE CRP       | 63422                            | FECHA         | 2023-11-30 13:00:00.000                                                             |         |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | PROFESIONAL ESPECIALIZADO |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                           | DESDE                                                           | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |         |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                                 | 2023-11-01          |                                  |               | 2023-11-30                                                                          |         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                           |                                                                 | \$7,362,996         |                                  |               |                                                                                     |         |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                           |                                                                 |                     |                                  | \$66,266,964  |                                                                                     |         |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                           |                                                                 |                     |                                  | \$66,266,964  |                                                                                     |         |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                           |                                                                 |                     |                                  | \$7,362,996   |                                                                                     |         |
| 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 |                                                                                     |         |
| 1058315015                                                                                                                                                                                                                                                   | \$2,945,198          | \$368,150                 | \$471,232                                                       | 3                   | \$71,745                         | \$911,127     |                                                                                     |         |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                      |                           |                                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |         |
| Juan Manuel Mendieta Novoa<br>79863903<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                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 1) Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred.                                              | Actividades propias de area de Referencia Y contrareferencia y de Traslados Secundarios               | NA                                                            |
| 2) Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor.          | Programacion de Actividades del Pesonal, Realziacion de c apacitaciones, Realizacion de Censos, Reps, | Planillas de actividades, Plataforma sirc, almera             |
| 3) Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios.                                                             | Actividades propias del cargo                                                                         | NA                                                            |
| 4) Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor.                                                                                            | Seguiminto Mensual a las actividaddfe del area                                                        | Informe de Gestion Mensual                                    |
| 5) Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras.                                           | Revision de Solicitudes de PQR, de entes de Control y EPS                                             | Respuesta as a PQR por Orfeo, Elaboracion de Plames de Mejora |
| 6) Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales.                                                                                                             | Intervenciaon y saasistencia Comites                                                                  | Asistencias a los diferencetes Comites                        |
| 7) Apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra-institucionales.                                        | Elaboracion de reportes a SDS, Minestrio y entes extrainstitucionales                                 | Reportes al SIRC, REPS                                        |
| 8) Impartir instrucciones al personal a cargo.                                                                                                                                  | Capacitaciones de procesos del area reuniones de informes                                             | Actas de asistrencias                                         |
| 9) Velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación.          | Revisioñde Historias Clinicas de traladaso de Bitacoras de remisioes                                  | N/A                                                           |
| 10) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                               | Revisiوند e los priocesos de la Institucion                                                           | Implementacionde los procesos con el personal                 |
| 11) Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato. | Revision de los planes en la plataforma Almera                                                        | Revision permanente de los compromisos                        |
| 12) Generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área.                                                                              | Seguimiento actividades                                                                               | Planes de mejora                                              |
| 13) Participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad.                                                                           | REVISION PLATAFORMA ALMERA                                                                            | NA                                                            |
| 14) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.                                    | REVISION PLATAFORMA ALMERA                                                                            | NA                                                            |
| 15) Ejercer la supervisión de los contratos que le sean designados.                                                                                                             | REVISION DE CONTRATOS Y CUENTAS DE COBRO                                                              | CERTIFICACION mENSUAL                                         |
| 16) Diseñar estrategias de seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución. | Revision de actividades de los colaboradores de los proce)sos realziados                              | NA                                                            |
| 17) Promover el uso racional de los recursos asignados al área.                                                                                                                 | Pormover el uso racial de recursos asignados                                                          | NA                                                            |
| 18) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                   | Capacitaciones permanentes al pesonal                                                                 | ACTAS                                                         |
| 19) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento.                 | cuplimi3nto de actividades                                                                            | Entrea de actividades realziadas                              |
| 20) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                      | Asistencias a las convocatorias                                                                       | Firmas de Actas de asistencias                                |
| 21) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                            | REUNIONES DE CAPACIOTACION PARA EVITAR ALS FALLAS                                                     | ACTAS Y ASISTENCIAS                                           |
| 22) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                               | REVISION EN LA PALATAFORMA ALMNERA DE TODOS LOS PROCEDIEMITOS DE LA SUBRED                            | APAJOYO A LA SUBRED                                           |
| 23) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.                                                                                                           | REVISION DE CONTRATOS Y CUENTAS DE CBRO                                                               | CERTIFICACION MENSIAL                                         |
| 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.                                     | PAGO MENSUAL DE SEGURIDAD SOCIAL                                                                      | ENTREA DE PAGO ENCERTIFICACIOON                               |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                                                                    | CUMLIR CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS Y LAS NUEVAS                                                     | CUMPLIMIETNO DE LAS ACTIVIDADES                               |

Juan Manuel Mendieta Novoa  
79863903  
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