

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |  |                     |               |                                                                                                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  Secretaría de Salud<br>Subred Integrada de Servicios de Salud<br>Sur Occidente E.S.E. | <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b> |  | Versión             | 2             |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.<br>Bogotá, Colombia |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |  | Fecha de aprobación | 31/03/2017    |                                                                                                                                      |
|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                              |  | Código:             | 04-02-FO-0002 |                                                                                                                                      |

| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                 |  |                 |     |                                     |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
|---------------------------------------------|--|-----------------|-----|-------------------------------------|---|-----------------|-----|-----------------|----------|-----------------|---|-----------------|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |  |                 |     | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY          |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |  |                 |     | C.C                                 | x | C.E             | NO. |                 | 52167359 |                 |   |                 |   |
| CORREO ELECTRONICO:                         |  |                 |     | dimicarn@hotmail.com                |   |                 |     | CELULAR:        |          | 3112225721      |   |                 |   |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |  |                 |     |                                     |   |                 |     | KE 10           |          |                 |   |                 |   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |  |                 |     | Area de Quirofanos y Esterilización |   |                 |     | SEDE:           |          | Kennedy         |   |                 |   |
| CENTRO DE COSTOS:                           |  | Centro de costo | %   | Centro de costo                     | % | Centro de costo | %   | Centro de costo | %        | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
|                                             |  | KE10C01         | 100 |                                     |   |                 |     |                 |          |                 |   |                 |   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |  |                 |     | Bancolombia                         |   |                 |     | TIPO DE CUENTA: |          | Ahorros         |   |                 |   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |  |                 |     | 20165689844                         |   |                 |     | PENSIONADO      |          | No              |   |                 |   |

| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS |  |      |  |                            |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |                 |  |     |  |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------|--|------|--|----------------------------|--|------------|--|--------------------------|--|-------|--|--------|--|-----------------|--|-----|--|------|--|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA:                                           |  |      |  | 1727-2019                  |  |            |  | N° DE PAGOS DEL CONTRATO |  |       |  | 9 de 9 |  |                 |  |     |  |      |  |
| NÚMERO DE CDP                                                            |  | 1284 |  | FECHA                      |  | 20-09-2019 |  | NÚMERO DE CRP            |  | 43256 |  | FECHA  |  | 30 de sep de 19 |  |     |  |      |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                     |  |      |  | INSTRUMENTACION QUIRURGICA |  |            |  |                          |  |       |  |        |  |                 |  |     |  |      |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                     |  |      |  | DESDE                      |  | DIA        |  | MES                      |  | AÑO   |  | HASTA  |  | DIA             |  | MES |  | AÑO  |  |
|                                                                          |  |      |  |                            |  | 1          |  | 10                       |  | 2019  |  |        |  | 31              |  | 10  |  | 2019 |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                              |  |      |  |                            |  |            |  | \$3.075.510              |  |       |  |        |  |                 |  |     |  |      |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                        |  |      |  | Asistencial                |  |            |  | RESERVA DE GLOSA 2%      |  |       |  |        |  |                 |  |     |  |      |  |

OBSERVACIONES: 186 horas laboradas mas 90 horas adicionales laboradas en la unidad de Kennedy

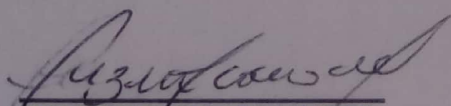
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO       |              |
|-----------------------------------------|--------------|
| CONCEPTO                                | VALORES      |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | \$29.166.912 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$29.166.912 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3.075.510  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$0          |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 100%         |

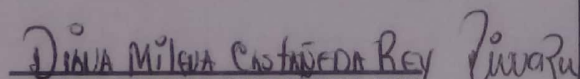
El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

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 \$2,070,290, 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% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|--------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|-----------|------------|---------------|
| 503447966          | \$1,230,204       | \$153.800                | \$196.900          | 3         | \$30.000   | \$380.700     |

Dado en Bogotá a los ( ) días del mes de Octubre del año Dos Mil diecinueve (2019). Lo anterior para que surta el pago pertinente  
Cordialmente,

  
LIZETH PATRICIA LARA YANES  
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR:

  
DIANA MILENA CASTAÑEDA REY  
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA cc 52167359 bta

INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                     |               |
|---------------------|---------------|
| Versión             | 2             |
| Fecha de aprobación | 3/04/2017     |
| Código:             | 04-02-FO-0003 |



|                         |                             |                              |
|-------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Ubicación del Servicio: | QUIROFANOS Y ESTERILIZACIÓN | KENNEDY                      |
| No. DE CONTRATO:        | 1727-2019                   | Periodo certificado desde el |
|                         |                             | Día Mes Año                  |
|                         |                             | 1 10 2.019                   |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY  | C. C. 52.167.359             |
|                         |                             | DE BOGOTÁ                    |

OBJETO DEL CONTRATO: El Contratista a nombre propio y de manera independiente, sin que exista subordinación ni relación laboral alguna, prestará sus servicios y conocimientos como Instrumentadora Quirúrgica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente

El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos : SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Servicios: SI \_X\_ NO \_\_\_\_

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRODUCTOS ENTREGADOS                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Planear y ejecutar los procesos de Instrumentación Quirúrgica en salas de cirugía, central de esterilización, y otras áreas según la asignación establecida.                                                                                                                                                                                                                                                        | 100%       | * Asistir los diferentes procedimientos quirúrgicos en salas de cirugía, haciendo la solicitud de equipos e instrumental en Central de Esterilización y solicitando los demás insumos en farmacia.<br>*Velar por el inicio a tiempo de los procedimientos quirúrgicos.                                                                                                          | * Libro de registro de cirugías.<br>*Libros de solicitud y entrega de instrumenta del Central de Esterilización. *Hoja de gasto de insumos de Farmacia.                                                                                             |
| 2. Alistamiento oportunos siguiendo los protocolos y procedimientos institucionales establecidos desde su solicitud hasta la entrega a la central de esterilización u otras áreas que corresponda.                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 3. Cumplir y hacer cumplir las normas del manual de epidemiología y bioseguridad dentro del área quirúrgica                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 100%       | *Verificando que el equipo quirúrgico cumpla con las normas de bioseguridad tales como: adecuado uso de uniforme, correcto lavado de manos quirúrgico, uso de elementos de protección personal.<br>*Registrando en la hoja de notas de enfermería la entrega de patologías y muestras obtenidas en el procedimiento quirúrgico.                                                 | * Hoja de notas de enfermería.                                                                                                                                                                                                                      |
| 4. Realizar la manipulación de las muestras anatomopatológicas, de laboratorio y los implantes según protocolo y registros establecidos.                                                                                                                                                                                                                                                                               |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 5. Registro en los formatos de forma oportuna, veraz y legible las solicitudes y gastos de los implantes medico quirúrgicos material de osteosíntesis) formatos de pausas quirúrgicas, recuento y entregas de patologías. Utilizados en los diferentes procedimientos quirúrgicos para garantizar los procesos de: facturación, cobro de cuenta y pago a proveedores, respaldando toda la actuación con firma y sello. | 100%       | *Diligenciando en su totalidad formatos de hojas de gasto de material remisionado, hoja de gastos de farmacia, hoja de pausa de seguridad, hoja de notas de enfermería, formato de cadena de custodia (si es requerido).<br>*Asistencia a charlas, capacitaciones, reuniones programadas por el servicio y el supervisor del contrato.                                          | *Hoja de gasto de material remisionado.<br>*Hoja de gastos de farmacia.<br>*Libro radicador de hojas de gasto de material remisionado.<br>*Hoja de pausa de seguridad.<br>*Hoja de notas de enfermería.<br>*Formato de asistencia a capacitaciones. |
| 6. Desarrollo todas las actividades que sean necesarias con el objeto del contrato, en coordinación con el supervisor del mismo.                                                                                                                                                                                                                                                                                       |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 7.Respeto a los derechos del paciente y cumplimiento del código de ética médica y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidor del área de la salud está obligado en el servicio quirúrgico. 8. Uso en forma adecuada y racional los recursos de la institución y demás equipos y elementos del hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.                   | 100%       | *Teniendo un trato amable con todo el equipo quirúrgico, usuarios y demás personal de la institución.<br>* Haciendo uso racional de los recursos e insumos requeridos para los diferentes procedimientos quirúrgicos.<br>*Velando por el cuidado y correcta utilización de instrumental, equipos y dispositivos médico Quirúrgicos, reportando cualquier daño o inconsistencia. | *Libro de novedades de equipos de Central de Esterilización.                                                                                                                                                                                        |
| 9. Dar aviso oportuno al supervisor de contrato de fallas o dificultades de la prestación del servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 100%       | *Informar de manera oportuna al supervisor del contrato, jefe del servicio cualquier inconveniente que se presente en el momento de la prestación del servicio o con el personal.                                                                                                                                                                                               | *Comunicación verbal y escrita al supervisor del contrato o jefe del servicio involucrado.                                                                                                                                                          |
| 10. Facilitar y proponer una comunicación asertiva para un clima laboral óptimo en el área quirúrgica y en la institución.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                     |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (Número y letras): \$3,075,510 (TRES MILLONES SETENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS DIEZ PESOS)

DIANA MILENA CASTAÑEDA REY

LIZETH PATRICIA LARA YANES

NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:

DIANA MILENA CASTAÑEDA REY CC. 52.167.359

Fecha y lugar de firma de recibido supervisor:

Lizeth Patricia Lara Yanes

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

### PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

| DATOS GENERALES      |          |                            |  |                                     |                          |                          |                          |                        |  | PERIODO DE COTIZACIÓN |                    |      |     |      |                     |              |                                     |                          |                          | PAG. 1 DE 4     |    |
|----------------------|----------|----------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|--|-----------------------|--------------------|------|-----|------|---------------------|--------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|----|
| TIPO                 | NÚMERO   | NOMBRE O RAZÓN SOCIAL      |  | TIPO PRESENTACIÓN                   |                          |                          |                          | BUCSURAL / DEPENDENCIA |  | CÓDIGO                | SALUD              |      |     |      | NÚMERO RADIACIÓN    | TIPO EMPRESA | CLASE DE APORTANTE                  |                          | CÓDIGO ARL               | CÓDIGO OPERADOR |    |
|                      |          |                            |  | U                                   | C                        | S                        | D                        |                        |  |                       | MES                | AÑO  | MES | AÑO  |                     | PÚBLICA      | PEQUEÑO                             | GRANDE                   |                          |                 |    |
| CC                   | 52167359 | DIANA MILENA CASTAÑEDA REY |  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                        |  |                       | 9                  | 2019 | 9   | 2019 | 37479142            |              | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14-11           | 83 |
| DIRECCIÓN            |          | CIUDAD/MUNICIPIO           |  | CÓDIGO                              | DEPARTAMENTO             |                          | CÓDIGO                   | TELÉFONO               |  | FAX                   | CORREO ELECTRÓNICO |      |     |      | ACTIVIDAD ECONOMICA | VALOR NOMINA | TOTAL EMPLEADOS                     | FECHA DE PAGO            |                          | Nº AUTORIZACIÓN |    |
| CARRERA 94 N 75 A 26 |          | BOGOTÁ D.C.                |  | 11001                               | BOGOTÁ D. C.             |                          | 11                       | 3112225721             |  |                       | dnicam@bvtval.com  |      |     |      | 7490                | 1.230.204    | 1                                   | 2019/10/04               |                          | 50347566        |    |

[illegible]

DIAVA M. CASTAÑEDA RE  
C.C. N° 52167359 BH  
Vizcarra

[illegible][illegible]

| TOTAL APORTES DEL PERIODO A ICBF Y SENA |       |           |           |               | Rég. Afili. |
|-----------------------------------------|-------|-----------|-----------|---------------|-------------|
| CONC.                                   | VALOR | DÍAS MORA | INT. MORA | TOTAL A PAGAR |             |
| ICBF                                    |       |           |           |               |             |
| 1                                       | 0     | 0         | 0         | 0             |             |
|                                         |       |           |           |               |             |
|                                         |       |           |           |               |             |
|                                         |       |           |           |               |             |
|                                         |       |           |           |               |             |
| SENA                                    |       |           |           |               |             |
| 1                                       | 0     | 0         | 0         | 0             |             |
|                                         |       |           |           |               |             |

| NUMERO DE ADMINISTRADORAS REPORTADAS |   |
|--------------------------------------|---|
| PENSIONES                            | 1 |
| SALUD                                | 1 |
| RIESGOS LABORALES                    | 1 |
| CAJAS DE COMPENSACION                | 1 |
| OTRAS                                | 0 |
| TOTAL                                | 4 |

| TOTAL APORTES DEL PERIODO A RIESGOS LABORALES |             |               |                           |               |                     |                       |
|-----------------------------------------------|-------------|---------------|---------------------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| COD ARL                                       | NIT ARL     | COTIZ OBLIGAT | INCAPACIDADES A           |               | APORTES OTROS RIESG | VALOR NETO COTIZACION |
|                                               |             |               | No. APORTIZ               | VALOR         |                     |                       |
| 14-11                                         | 890903790-5 | 30.000        |                           | 0             | 0                   | 30.000                |
| DIAS MORA COTIZ                               |             |               | No. RADICAR SALDO A FAVOR | SALDO A FAVOR | FONDO SOLIDARIDAD   | TOTAL A PAGAR         |
| 0                                             | 0           | 30.000        | 0                         | 0             | 300                 | 30.000                |

| TOTAL APORTES DEL PERIODO A MIN. EDUCACION |           |                |               |
|--------------------------------------------|-----------|----------------|---------------|
| VALOR                                      | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|                                            |           |                |               |

| TOTAL APORTES DEL PERIODO A ESAP |           |                |               |
|----------------------------------|-----------|----------------|---------------|
| VALOR                            | DIAS MORA | INT MORA FONDO | TOTAL A PAGAR |
|                                  |           |                |               |

| TOTAL A PAGAR POR TIPO ADMINISTRADORA | ANTES DE IGELMAR/RY MORA | VALOR TOTAL |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------|
| PENSIONES                             | 196,900                  | 196,900     |
| SALUD                                 | 153,800                  | 153,800     |
| RIESGOS LABORALES                     | 30,000                   | 30,900      |
| CCF                                   | 24,700                   | 24,700      |
| SENA                                  | 0                        |             |
| ICBF                                  | 0                        |             |
| ESAP                                  | 0                        |             |
| MINISTERIO DE EDUCACION               | 0                        |             |
| GRAN TOTAL                            | 405,400                  | 406,300     |