

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|-----|------------------------------------------|---------------------|-------------------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--|---------------|--|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                      |     |                                          | Versión             |                         | 3             |               |  |             |  |               |  |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                      |     |                                          | Fecha de aprobación |                         | 2/15/2018     |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |     |                                          | Código:             |                         | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |     | MICHAEL STIVEN CANTE DIAZ                |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |     | C.C                                      | X                   | C.E                     | No.           |               | 1127955217                                                                          |             |  |               |  |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |     | stivencamillerodiaz@gmail.com            |                     |                         |               | CELULAR:      |                                                                                     | 3134783190  |  |               |  |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |     |                                          |                     | SUBRED                  |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |     | URG OBSERVACIÓN USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                         |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED      |  |               |  |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo      | %   |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | KE10B02              | 100 |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A |     |                                          |                     | TIPO DE CUENTA:         |               | AHORRO        |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |     | 550488426390677                          |                     |                         |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO          |  |               |  |                         |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                      |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |     | 7152                                     |                     |                         |               | VIGENCIA      |                                                                                     | 2023        |  |               |  |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 288                  |     | FECHA                                    |                     | 2024-01-17 10:45:28.000 |               | NÚMERO DE CRP |                                                                                     | 9357        |  | FECHA         |  | 2024-01-17 10:59:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |     | CAMILLERO                                |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |     | DESDE                                    |                     | FECHA INICIAL           |               | HASTA         |                                                                                     | FECHA FINAL |  |               |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |     |                                          |                     | 2024-01-01              |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |     |                                          |                     | \$1,647,315             |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |     |                                          |                     |                         |               | \$1,647,315   |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |     |                                          |                     |                         |               | \$1,647,315   |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |     |                                          |                     |                         |               | \$1,647,315   |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| 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 |  |                         |  |
| 4011411598                                                                                                                                                                                                                                                   |  | \$908,526            |     | \$113,566                                |                     | \$145,364               |               | 3             |                                                                                     | \$22,132    |  | \$281,062     |  |                         |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |  |                      |     |                                          |                     |                         |               |               |                                                                                     |             |  |               |  |                         |  |
| VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ<br>87712270<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 acciones de auxiliar de enfermería direccionadas, de acuerdo a los programas y Plan de atención integral de enfermería para cada paciente.                                                                                                                                                           | "1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados. 3- Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos. 4- Asistir al paciente en sus actividades básicas" | "1-Anecdotario. 2-Bitácora de procedimientos. 3-Bitácora de procedimientos. 4-Bitácora de procedimientos" |
| 2. Educar al individuo,familia y comunidad en los aspectos de prevención, promoción, tratamiento de los principales problemas de salud que afectan la población del área de influencia.                                                                                                                          | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente                                                                                                                                                                                                                    | 1-Lista de verificación                                                                                   |
| 3. Realizar las actividades programadas en el servicio de urgencias, teniendo en cuenta normas técnicas y administrativas.                                                                                                                                                                                       | "1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Realizar procedimiento básicos de enfermería a pacientes asignados. 3- Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnósticos. 4- Asistir al paciente en sus actividades básicas" | "1-Anecdotario. 2-Bitácora de procedimientos. 3-Bitácora de procedimientos. 4-Bitácora de procedimientos" |
| 4. Reclamar y entregar historias clínicas a Estadística. 5. Administrar medicamentos únicamente bajo supervisión y autorización estricta del profesional de enfermería, según manual de administración de medicamentos con el correcto registro en la historia clínica correspondiente.                          | 1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente                                                                                                                                                                                                                    | 1-Lista de verificación                                                                                   |
| 6. Entrevistar y preparar al paciente de acuerdo a la consulta e impartiendo la educación requerida.                                                                                                                                                                                                             | 1-Realizar recibo y entrega de turno                                                                                                                                                                                                                                               | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria                                               |
| 7. Mantener sus respectivos servicios en orden y estricta limpieza, cumpliendo con los procedimientos de limpieza y desinfección institucional. 8. Esterilizar, preparar y responder por el material, equipos y elementos completos bajo su responsabilidad.                                                     | 1-Realizar recibo y entrega de turno                                                                                                                                                                                                                                               | 1- Libro de recibo y entrega de turno con asignación diaria                                               |
| 9. Administrar la dieta prescrita al paciente de acuerdo a normas técnico científicas.                                                                                                                                                                                                                           | 1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio                                                                                                                                                                                                              | 1-Bitácora y/o lista de verificación                                                                      |
| 1. Realizar acciones de auxiliar de enfermería direccionadas, de acuerdo a los programas y Plan de atención integral de enfermería para cada paciente.                                                                                                                                                           | "1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato. 2-Custodia historias clínicas de pacientes asignados."                                                                                                                                                                    | "1-Libro de inventario. 2-Registro del traslado de historias clínicas de la unidad."                      |
| <p style="text-align: center;">VICTOR ENRIQUE JIMENEZ PEREZ<br/>87712270<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |
| <p style="text-align: center;">Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p style="text-align: center;">Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                           |