

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                            |                                 | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                            | YULIETH GONZALEZ HENAO          |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                            | C.C                             | X                   | C.E             | No.           |                            | 40389823                                                                            |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                            | yulithgonza@yahoo.com           |                     |                 | CELULAR:      |                            | 3863223                                                                             |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                            |                                 |                     | SUBRED          |               |                            |                                                                                     |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                            | EQUIPO ATENCION EN CASA KENNEDY |                     |                 | SEDE:         |                            | SUBRED                                                                              |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU44K33-5         | 100                       |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO FALABELLA S A       |                            |                                 |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO                     |                                                                                     |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           |                            | 111700185896                    |                     |                 |               | PENSIONADO                 | NO                                                                                  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3580                      |                            |                                 |                     | VIGENCIA        |               | 2023                       |                                                                                     |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 312               | FECHA                     | 2023-01-27<br>16:46:29.000 |                                 | NÚMERO DE CRP       | 13275           | FECHA         | 2023-02-01<br>00:00:00.000 |                                                                                     |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                      | FECHA INICIAL                   |                     | HASTA           | FECHA FINAL   |                            |                                                                                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                            | 2023-02-01                      |                     |                 | 2023-02-28    |                            |                                                                                     |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                            |                                 |                     | \$4,311,304     |               |                            |                                                                                     |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                            |                                 |                     | \$12,933,912    |               |                            |                                                                                     |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                            |                                 |                     | \$4,311,304     |               |                            |                                                                                     |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                            |                                 |                     | \$4,311,304     |               |                            |                                                                                     |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                            |                                 |                     | \$0             |               |                            |                                                                                     |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                            |                                 |                     | \$8,622,608     |               |                            |                                                                                     |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                            |                                 |                     | 33%             |               |                            |                                                                                     |
| 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 |                            |                                                                                     |
| 9446797487                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,724,522       | \$215,565                 |                            | \$275,923                       | 3                   | \$42,009        | \$533,498     |                            |                                                                                     |
| Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA<br>52779671<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                    |                   |                           |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                           |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                            |                                 |                     |                 |               |                            |                                                                                     |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| .Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil especializados, profesional, técnico y/o bachiller conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial y de la Subred Sur Occidente, cuando sean requeridos y/o asignados en el contrato vigente entre la Sub Red Sur Occidente y la Secretaría Distrital de Salud | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atención primaria en salud domiciliaria, reportar patologías de notificación obligatoria, asistir a capacitaciones institucionales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| .Dar cumplimiento a las actividades periódicas designadas para el fortalecimiento del Modelo de Salud en su componente territorial, con base en las fichas técnicas y lineamientos definidos por la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| 3.Desarrollar acciones de control social, información, sensibilización y educación, canalización y seguimiento a la canalización, notificación de eventos de interés en salud pública, notificación de alertas. Generar incidencia en la reducción del daño y gestión frente a problemáticas de salud identificadas                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atención primaria en salud domiciliaria, reportar patologías de notificación obligatoria, asistir a capacitaciones institucionales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| Prestar servicios desde los ejes de humanización y seguridad del paciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| .Participar en reuniones de asistencia técnica programadas por la Secretaría Distrital de Salud, Grupos focales o por la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistir a las reuniones que determinan el líder de la localidad y el proyecto</li> </ul>                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• acta de asistencia</li> </ul>                                                                                           |
| Fortalecer las capacidades de autogestión y liderazgo de personas, colectivos, grupos, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| Realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• acta de certificación</li> </ul>                                                                                        |
| Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE o SDS, antes de control                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| .Elaborar y presentar cronogramas mensuales de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad según programación y necesidad del servicio                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• informe al líder de la localidad</li> </ul>                                                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• informe de manera escrita al líder de la localidad</li> </ul>                                                           |
| Velar por el mantenimiento de la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• velar por el nombre de la institución</li> </ul>                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• buen uso del carnet y elementos de la institución</li> </ul>                                                            |
| Realizar entregas de los productos de su intervención cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| Ejercer los principios de autogestión, auto regulación y autocontrol en el desarrollo de sus actividades objeto del contrato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir los lineamientos prestados por la institución y el proyecto de atención en casa</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |
| Asistir a las reuniones ordinarias y extraordinarias convocadas por Dirección de Gestión del riesgo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• asistir a las reuniones que plantea el líder del área o proyecto</li> </ul>                                                                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• acta de asistencia</li> </ul>                                                                                           |
| Atender las solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a quejas y solicitudes asignadas. Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio para el fortalecimiento del modelo de salud en su componente territorial. Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio                                                                                                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atención primaria en salud domiciliaria, reportar patologías de notificación obligatoria, asistir a capacitaciones institucionales</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Historias clínicas en dinámica, base de caracterización, actas, formatos SIVIM, SISVIGILA, SISVECOS, SIVELCE</li> </ul> |

YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA  
52779671  
Supervisor

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

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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                        |                 |                    |                   |                     |            |                       |  |
|-------------------------------|----|------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social           | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 40389823                   |    | GONZALEZ HENAO YULIETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 8 sur 20 62 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3125492607 | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |  |            |          |            |            |                    |           |
|-----------------------------------|---------|----------|--|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                    |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco              | Valor     |
| 2023-01                           | 2023-01 | 13543558 |  | 9446797487 | I        | 2023/02/07 | 2023/02/14 | BANCO DE OCCIDENTE | \$538,200 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                 |                |                  |         |      |             |           |        |      |             |           |        |      |     |        |         |      |             |          |              |     |        |  |
|--------------------------------------------------|----------------|------------------|---------|------|-------------|-----------|--------|------|-------------|-----------|--------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|-----|--------|--|
| EMPLEADO                                         |                |                  | PENSION |      |             |           | SALUD  |      |             |           | CCF    |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |     |        |  |
| No.                                              | Identificación | Nombres          | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC         | Aporte    | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC | Aporte |  |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                |                |                  |         |      | \$1,724,521 | \$276,000 |        |      | \$1,724,521 | \$215,600 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,724,521 | \$42,100 |              | \$0 | \$0    |  |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)      |                |                  |         |      | \$1,724,521 | \$276,000 |        |      | \$1,724,521 | \$215,600 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,724,521 | \$42,100 |              | \$0 | \$0    |  |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) |                |                  |         |      | \$1,724,521 | \$276,000 |        |      | \$1,724,521 | \$215,600 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,724,521 | \$42,100 |              | \$0 | \$0    |  |
| 1                                                | CC 40389823    | GONZALEZ YULIETH | 25-14   | 30   | \$1,724,521 | \$276,000 | EPS017 | 30   | \$1,724,521 | \$215,600 |        | 0    | \$0 | \$0    | 14-23   | 30   | \$1,724,521 | \$42,100 | 0            | \$0 | \$0    |  |
| Total Afiliados( 1)                              |                |                  |         |      | \$1,724,521 | \$276,000 |        |      | \$1,724,521 | \$215,600 |        |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,724,521 | \$42,100 |              | \$0 | \$0    |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                        |                 |                    |                   |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social           | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 40389823                   |    | GONZALEZ HENAO YULIETH | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Calle 8 sur 20 62 | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 3125492607 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                    |           |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                    |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco              | Dias Mora | Valor     |
| 2023-01                           | 2023-01 | 13543558 | 9446797487 | I        | 2023/02/07 | 2023/02/14 | BANCO DE OCCIDENTE | 7         | \$538,200 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$276,000       | \$2,300        | \$0                    | \$278,300     |  |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$276,000       | \$2,300        | \$0                    | \$278,300     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$42,100        | \$400          | \$0                    | \$42,500      |  |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$42,100        | \$400          | \$0                    | \$42,500      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$215,600       | \$1,800        | \$0                    | \$217,400     |  |
| FAMISANAR                    | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$215,600       | \$1,800        | \$0                    | \$217,400     |  |
| TOTAL                        |        |             |    | 1         | \$533,700       | \$4,500        | \$0                    | \$538,200     |  |

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YULIETH GONZALEZ HENAO  
CC 40389823 DE Villavicencio

La suma de (\$ 4311304) Cuatro millones trescientos once mil trescientos cuatro PESOS M/CTE, por concepto de servicios prestados como Enfermera profesional en el área de Gestión del Riesgo en Salud durante el periodo de 01 al 28 de Febrero de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3580-2023



YULIETH GONZALEZ HENAO  
CC40389823 DE Villavicencio

CUENTA DE AHORROS BANCO FALABELLA  
NUMERO 111700185896