

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                        |                                                  |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                        |                                                  | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                        | Maria Yolanda Acuña Burgos                       |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                        | C.C                                              | X                          | C.E             | No.           |               | 52459624                                                                            |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |                        | burgosmariay123@gmail.com                        |                            |                 | CELULAR:      |               | 3114757918                                                                          |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                        |                                                  |                            |                 | SUBRED        |               |                                                                                     |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                        | U C S CONVENIO SDE SALUD PUBLICA<br>PIC FONTIBON |                            |                 | SEDE:         |               | SUBRED                                                                              |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                        |                                                  |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09V07-10        | 100                      |                        |                                                  |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A.   |                        |                                                  |                            | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO        |                                                                                     |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                        | 24104108338                                      |                            |                 |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                        |                                                  |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | 994                    |                                                  |                            | VIGENCIA        |               | 2024          |                                                                                     |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 1126                     | FECHA                  |                                                  | 2024-04-25<br>16:51:08.000 | NÚMERO DE CRP   |               | 24668         | FECHA<br>2024-04-30<br>00:00:00.000                                                 |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | AUXILIAR DE ENFERMERIA |                                                  |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                  |                                                  | FECHA INICIAL              |                 | HASTA         | FECHA FINAL   |                                                                                     |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                        |                                                  | 2024-01-22                 |                 |               | 2024-01-31    |                                                                                     |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                        |                                                  | \$741,561                  |                 |               |               |                                                                                     |    |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | PIC                      |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                        |                                                  |                            | \$2,636,662     |               |               |                                                                                     |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                        |                                                  |                            | \$2,636,662     |               |               |                                                                                     |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                        |                                                  |                            | \$741,561       |               |               |                                                                                     |    |
| 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 \$2.194,507 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 |                                                                                     |    |
| 52459624                                                                                                                                                                                                                                                     | \$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.                                                                                                                                          |                   |                          |                        |                                                  |                            |                 |               |               |                                                                                     |    |
| Bibiana Yulieth Avila Bohorquez<br>20888182<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                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| Efectuar, bajo la directriz de la IED asignada, el seguimiento de casos en la IED, correspondientes al brote epidemiológico en articulación con el equipo ERI de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza desde el correo de la IED la notificación de casos sospechosos de los brotes epidemiológico                                                                                 | PARA ESTE MES NO SE PRESENTO CASOS EN LA IED                   |
| Aplicar de manera inmediata el protocolo de la IED para el manejo inicial de cualquier brote epidemiológico según recomendación del grupo ERI de la Subred                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza revisión de protocolos de bioseguridad institucional para reconocer sus características y desarrollo del mismo                                                              | Acta                                                           |
| Adelantar acciones pedagógicas con la comunidad educativa (estudiantes, docentes y personal administrativo) para la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas previamente con el (la) rector (a) del colegio o su delegado.                                                                                                                                               | Se realiza cartelera informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo | Registro fotográfico y piezas comunicativas                    |
| Actuar como apoyo ante situaciones críticas que requieran la intervención del equipo OCE de la SED.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Apoyar al equipo OCE de la SED en situaciones críticas que sucedan en la institución educativa que requieran intervención                                                              | Para este mes no se realizaron reportes                        |
| Adelantar acciones pedagógicas para la promoción en estilos de vida saludable de acuerdo con el lineamiento específico de la DBE (alimentación saludable, actividad física, accidentalidad escolar y movilidad segura) e implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en las sedes de la IED asignada, durante las fechas y horas acordadas con el (la) rector (a) del colegio o su delegado | Se realiza cartelera informativas y piezas comunicativas avaladas por el rector de cada institución educativa para socialización a los estudiantes, docentes y personal administrativo | Registro fotográfico y piezas comunicativas                    |
| Apoyar las campañas concertadas que lleve a cabo la SDS en la IED asignada                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Para este mes no se realizo la actividad                                                                                                                                               | Ninguno                                                        |
| Apoyar a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas y convivencia escolares, cuando sean convocados                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Para este mes no se realizo la actividad                                                                                                                                               | Ninguno                                                        |
| Apoyar al Comité de gestión de riesgo y emergencias escolares, y a la brigada escolar institucional en la actualización de los Planes Escolares de Gestión del Riesgo, Emergencias y Cambio climático                                                                                                                                                                                                                                          | Para este mes no se realizo la actividad                                                                                                                                               | Ninguno                                                        |
| Actuar como apoyo al primer respondiente en casos de accidentes escolares, conforme a lo establecido en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y acorde con lo establecido en la ruta de manejo de accidentes escolares de la SED en coordinación y colaboración con el primer respondiente del colegio                                                                                                                                   | Se realiza apoyo como primer respondiente y se activa la ruta de manejo de accidentes en compañía de coordinación o delegado de la IED                                                 | Reporte de accidentes en la bitácora                           |
| Realizar el reporte diario de actividades realizadas en la IED                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Se diligencia diariamente el reporte de actividades y evidencias desarrolladas en la IED, en la bitácora, y en la herramienta pedagógica                                               | Bitácora , registro fotográfico y herramienta pedagógica       |
| Hacer uso semanal y reporte en los aplicativos de la herramienta pedagógica dispuesta por la SED.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | realiza reporte diario en la herramienta pedagógica y en el aula virtual de las actividades desarrolladas en la IED                                                                    | Bitácora , registro fotográfico y herramienta pedagógica       |
| Presentar informes mensuales de las actividades desarrolladas en el marco del objeto contractual, junto con evidencias de su desarrollo, según las matrices o esquemas solicitados para tal fin                                                                                                                                                                                                                                                | Se Realiza informe mensual del plan de trabajo con evidencias de las actividades realizadas en la IED                                                                                  | Bitácora, plan de trabajo, herramienta pedagógica y evidencias |
| Cumplir con asistencia presencial mensual para la entrega de informes y demás gestiones administrativas en la fecha y hora indicada por la subred                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Se Realiza informe mensual del plan de trabajo con evidencias de las actividades realizadas en la IED                                                                                  | Bitácora, plan de trabajo, herramienta pedagógica y evidencias |

Bibiana Yulieth Avila Bohorquez  
20888182  
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

DOCUMENTO EQUIVALENTE 01/2024

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

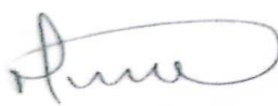
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

MARIA YOLANDA ACUÑA BURGOS

CC 52459624 de Bogotá

La suma de \$ 741.561 setecientos cuarenta y un mil quinientos sesenta y un pesos M/C. Por concepto de servicios Auxiliar de enfermería en el área de salud pública entorno educativo Convenio interadministrativo 4723937 2023 durante el periodo del 22 DE ENERO al 31 DE ENERO de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 994- 2024.



MARIA YOLANDA ACUÑA BURGOS  
CC 52459624 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

Escaneado con CamScanner

NUMERO 24104108338



**CERTIFICA QUE**

El(La) Señor(a) MARIA YOLANDA ACU?A BURGOS identificado(a) con CC 52459624 se encuentra afiliado a la EPS.

**Fecha de Activación de Servicios: 01/09/2014**

**Estado de la Afiliación:** Vigente

**IPS:** BIENESTAR IPS SAS SOACHA

**Categoría:** A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 15 días del mes 2 del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

**Observaciones:**

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO  
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



**Gerencia de Afiliaciones**

Medellín, 15 de febrero de 2024

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que MARIA YOLANDA ACUÑA BURGOS identificado(a) con cédula de ciudadanía 52459624 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 19/01/2023

**Fecha fin cobertura:** 30/09/2023

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000007 - OPERATIVO OPS CR 3

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDILOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3861001

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:**

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.**

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite [www.arlsura.com.co](http://www.arlsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C524596242228371581

Atentamente,



**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

15/02/2024 6.28 PM

## COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

### CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA YOLANDA ACUNA BURGOS identificado(a) con C.C No. 52.459.624, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de febrero del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional [www.colfondos.com.co](http://www.colfondos.com.co) opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García  
Gerente Cuentas y Recaudo  
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías