

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |               |  |  |         |   |  |                                                                                                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------|--|--|---------|---|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div><div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</div></div> <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div> |  |               |  |  | Versión | 3 |  | <div><div>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ D.C.</div></div> |  |
| Fecha de aprobación                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 2/15/2018     |  |  |         |   |  |                                                                                                                                            |  |
| Código:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 04-02-FO-0002 |  |  |         |   |  |                                                                                                                                            |  |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

|                                             |                 |                                                 |   |     |                 |            |          |    |
|---------------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------------|---|-----|-----------------|------------|----------|----|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                     |                 | CARLOS BARRETO HERNANDEZ                        |   |     |                 |            |          |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 | C.C                                             | X | C.E | No.             |            | 80148393 |    |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 | alfranius2@yahoo.es                             |   |     | CELULAR:        |            | 7560505  |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                                                 |   |     | SUBRED          |            |          |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 | URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |   |     | SEDE:           |            | SUBRED   |    |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                                               |   |     |                 |            |          |    |
|                                             | KE10B01         | 100                                             |   |     |                 |            |          |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 | BANCO DAVIVIENDA S.A                            |   |     | TIPO DE CUENTA: |            | AHORRO   |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 | 550488439175313                                 |   |     |                 | PENSIONADO |          | NO |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

|                             |      |                                 |                         |                     |       |             |                         |
|-----------------------------|------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|-------|-------------|-------------------------|
| NÚMERO DE CONTRATO          |      | 3797                            |                         | VIGENCIA            |       | 2024        |                         |
| NÚMERO DE CDP               | 2508 | FECHA                           | 2024-11-30 07:21:37.000 | NÚMERO DE CRP       | 73177 | FECHA       | 2024-11-30 22:16:25.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:        |      | APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO II |                         |                     |       |             |                         |
| PERIODO CERTIFICADO:        |      | DESDE                           | FECHA INICIAL           |                     | HASTA | FECHA FINAL |                         |
|                             |      |                                 | 2024-11-01              |                     |       | 2024-11-30  |                         |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: |      |                                 | \$2,402,755             |                     |       |             |                         |
| 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: | \$24,027,550 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$24,027,550 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$2,402,755  |
| 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 |
| 7945048330         | \$961,102         | \$120,138                | \$153,776              | 3         | \$23,412   | \$297,327     |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Juan Manuel Mendieta Novoa  
79863903  
Supervisor

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

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

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                    | ACTIVIDADES                                                                | PRODUCTOS                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Mantener actualizado el archivo de la dependencia conforme con la normatividad vigente y los procedimientos de la Subred                                      | Organizar, Clasificar y Archivar en Archivo de Gestion                     | carpetas de Informes                  |
| Apoyar la elaboración de informes y respuesta a los requerimientos dirigidos al área, según instrucciones del supervisor.                                     | Solicitud realizada por el supervisor                                      | Seguimeinto E-mail Agil salud         |
| Gestionar las solicitudes de suministros de papelería y otros insumos cuando sean requeridos por los diferentes equipos de trabajo del área                   | Solicitud por medio de aplicativo Dinámica gerencial (cuando aplique)      | N/A                                   |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos                                  | Apoyo tecnico y administrativo en la direccion de servicios de Urgencias   | N/A                                   |
| Retroalimentar a la supervisión dificultades del proceso de atención                                                                                          | reuniones de equipo de trabajo                                             | actas, correos                        |
| esponder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato | custodia y cuidado de los mismos                                           | custodia y cuidado de los mismos      |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                         | asistir a las citaciones realizadas por el area y/o delegados por la misma | Actas de Asistencia                   |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos                                  | A solicitud del supervisor                                                 | N/A                                   |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                       | A solicitud del supervisor                                                 | Oficios E-mail                        |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                        | Pago aportes SS                                                            | planilla de pago                      |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                       | Solicitud realizada por el supervisor                                      | Solicitud realizada por el supervisor |

Juan Manuel Mendieta Novoa  
79863903  
Supervisor

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

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