

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  |                        | Versión<br>3                     |              |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                                                          |                        |                          |                                                  |                        | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  |                        | Código:<br>04-02-FO-0002         |              |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                          | BRENDA ALEJANDRA QUINTERO RODRIGUEZ              |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          | C.C                                              | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1033806684 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                        |                          | brendaaleja98@gmail.com                          |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3202229342 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                  |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                          | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA<br>USS FONTIBÓN |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Centro de costo        | %                        |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | FO03106                | 100                      |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                                                   | BANCO CAJA SOCIAL S.A. |                          |                                                  |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |                          | 24089209053                                      |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        | 1952                     |                                                  |                        | VIGENCIA                         |              | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 928                    | FECHA                    | 2025-04-14<br>10:21:58.000                       | NÚMERO DE CRP          | 20775                            | FECHA        | 2025-04-25<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |                          | DESDE                                            | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  | 2025-04-01             |                                  |              | 2025-04-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                                                           |                        |                          |                                                  | \$2,904,552            |                                  |              |                                                                                     |            |
| 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.                                          |                        |                          |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                        |                          |                                                  |                        |                                  | VALORES      |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                          |                                                  |                        |                                  | \$10,271,446 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  |                        |                                  | \$7,920,142  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                                                          |                        |                          |                                                  |                        |                                  | \$2,904,552  |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |                          |                                                  |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                        |                          |                                                  |                        |                                  | \$2,351,304  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                               |                        |                          |                                                  |                        |                                  | 77%          |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:<br>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                                                                       |            |
| 9484345177                                                                                                                                                                                                                                                                                            | \$1,134,158            | \$141,770                |                                                  | \$181,465              | 3                                | \$27,628     | \$350,863                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                                                                        |                        |                          |                                                  |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| DIANA CAROLINA MONTERO CORTES<br>1024465143<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                                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería permanente. | ENTREGA DE TURNO                                                          |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                           | Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                        | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                            | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                          | REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                         | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                                       | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                            |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                                     | Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.                                                                  | ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO                                               |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                                | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                              | PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES                                            |
| Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                    | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes.                                                                  | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES                                                |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                          | Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                                       | SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION                           |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                               | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                             | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES                                                |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                                 | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                               | PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES                                                |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                                  | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                               | FORMATO INSTITUCIONAL                                                     |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                           | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                         | CUANDO SE REQUIERA                                                        |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                    | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                                  | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                          | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                        | CUANDO SE PRESENTEN                                                       |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                             | Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                           | PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES                               |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                      | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                                    | CUANDO LO REQUIERAN                                                       |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                   | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                                 | SISTEMA DE INFORMACION                                                    |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                    | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                                  | PLANILLA INTEGRADA DE LIQUIDACION DE APORTES (pila) APLICATIVO SURESOC    |

|                                                                                                                              |                                                                                                                              |                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.                                     | Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | CUANDO LO REQUIERAN |
| <p>DIANA CAROLINA MONTERO CORTES<br/>1024465143<br/>Supervisor</p>                                                           |                                                                                                                              |                     |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>  |                                                                                                                              |                     |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |                                                                                                                              |                     |

Copia Certificada  
Subred Suroccidente