

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------|------------------------|----------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                  |                        | 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         |             |                                                                                     |                            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | Diana Carolina Bohorquez Quiroga |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                              | X                      | C.E                              | No.         |                                                                                     | 53080777                   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | carolina_270484@hotmail.com      |                        |                                  | CELULAR:    |                                                                                     | 3195525243                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                  |                        |                                  | SUBRED      |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | PIC VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA  |                        |                                  | SEDE:       |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | FO09K32           | 100                       |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCOLOMBIA S.A   |                           |                                  |                        | TIPO DE CUENTA:                  |             | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 25064256893                      |                        |                                  |             | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 9505                      |                                  |                        | VIGENCIA                         |             | 2024                                                                                |                            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1766              | FECHA                     | 2025-08-27<br>12:56:28.000       |                        | NÚMERO DE CRP                    | 37630       | FECHA                                                                               | 2025-08-31<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL EN ENFERMERIA |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | DESDE                     | FECHA INICIAL                    |                        | HASTA                            | FECHA FINAL |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           | 2025-09-01                       |                        |                                  | 2025-09-30  |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                  |                        | \$4,127,027                      |             |                                                                                     |                            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                  |                        | \$42,181,643                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                  |                        | \$42,181,643                     |             |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                  |                        | \$4,127,027                      |             |                                                                                     |                            |
| 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                                                                       |                            |
| 1075040847                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,650,811       | \$206,351                 |                                  | \$264,130              | 3                                | \$40,214    | \$510,695                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ<br>52744682<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                        |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                           |                                  |                        |                                  |             |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ACTIVIDADES                                                                                                                                                      | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción según lineamientos.                                                                                                                                                                                                                                                             | Realizar 30 IEC de la Localidad de Bosa y 7 IEC de la localidad de Fontibon.<br>Diligenciar de forma correcta los formatos correspondientes al proceso.          | Formatos de registro de 30 IEC de la localidad de Bosa y 7 IEC localidad de Fontibon. Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al lineamiento.                  |
| 2. Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes.                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Hacer buen uso de los insumos y recursos brindados por la unidad de servicios de salud                                                                           | Formatos de caracterizacion.                                                                                                                                                                                                           |
| 3. Realizar inducción a la demanda y seguimiento efectivo a las canalizaciones realizadas a los diferentes servicios asistenciales y sociales para articular PIC POS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Según lo establecido por el lineamiento se dará por notificado algún caso que se presente en los respectivos formatos, Canalizaciones de la subred suroccidente. | Formato de canalizacion debidamente diligenciado                                                                                                                                                                                       |
| 4. Notificar todos los eventos de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se realiza educacion y canalizacion según corresponda a los casos intervenidos.                                                                                  | Formatos de activacion de ruta y registro de asesorías.                                                                                                                                                                                |
| 5. Realizar el seguimiento y abordaje de los casos identificados de eventos transmisibles, no transmisibles y acciones de interés en salud pública.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | No aplica                                                                                                                                                        | No aplica                                                                                                                                                                                                                              |
| 6. Realizar canalización de los casos prioritarios identificados y dar respuesta oportuna de acuerdo a su competencia o informar a quien corresponda en lo relacionado con acciones en instituciones distintas al sector salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Se realiza canalizacion según corresponda a los casos intervenidos                                                                                               | Formatos de activacion de ruta y registro de asesorías.                                                                                                                                                                                |
| 7. Informar a los individuos, sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Se informa sobre riesgos y prevencion de accidentes y enfermedades derivadas de su trabajo.                                                                      | Formatos de caracterizacion , actas y listado de asistencias, formatos de IEC.                                                                                                                                                         |
| 8. Presentacion y acompañamiento a las auditorias externas e internas en caso de requerirse.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Diligenciamiento de cada alerta o protocolo que se presente                                                                                                      | Envio con calidad y oportunidad en Drive                                                                                                                                                                                               |
| 9. Realizar entrega de soportes, cronograma, informes entre otros y velar por la custodia de los mismos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Se elabora cronograma de actividades para la verificación de acciones                                                                                            | Formato de cronograma enviado al correo electronico , drive y formularios de registro de eventos notificados .                                                                                                                         |
| 10. Realizar ajustes de manera oportuna cuando sea requerido acorde a las preauditorias del referente del espacio.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Se verifica la calidad de la informacion registrada en las bases del proceso                                                                                     | Bases y formatos diligenciados con calidad y oportunidad.                                                                                                                                                                              |
| 11. Realizar entrega oportuna y con calidad de informes requeridos , alistar soportes y presentar auditorias programadas tanto de la ESE como de la firma auditora o la SDS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.                                                                                            | Listados de asistencia.                                                                                                                                                                                                                |
| 12. Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS, asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista, velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos documentos y bienes muebles, pagar los aportes al sistema general de seguridad social integral, dentro de los quince primeros días calendario de cada mes. | Asistencias Técnicas, Reunión de equipo                                                                                                                          | Formatos de registro de visita IEC de la localidad de Bosa y Fontibon. Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al lineamiento.                                 |
| 13. Dar cumplimiento a las guías de manejo, manuales, instructivos y protocolos institucionales.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Participar en capacitaciones sobre seguridad del paciente                                                                                                        | Listados de asistencia.                                                                                                                                                                                                                |
| 14. Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las actividades.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Entrega de soportes con los criterios de calidad exigidos por la SDS.                                                                                            | Formatos de registro de visita y Asesorías por parte de Enfermería en la localidad de Bosa y Fontibon. Informe diario semanal y mensual garantizando la calidad de los datos de acuerdo a las necesidades y de acuerdo al lineamiento. |
| 15. Obrar con lealtad y buena fe en el desarrollo del contrato de acuerdo al código del buen gobierno.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Cumplimiento a cabalidad con idoneidad y lealtad en el desarrollo de las acciones establecidas por el objeto contractual avaladas por lineamientos SDS           | Formato de activacion de ruta y registro de caracterizacion de eventos notificados                                                                                                                                                     |
| 16. Aplicar políticas de gestión y participar activamente en los procesos de acreditación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | De acuerdo a las actividades programadas para dicho fin por parte de la Subred Suroccidente                                                                      | Listados de asistencia.                                                                                                                                                                                                                |

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ  
52744682  
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

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:  
DIANA CAROLINA BOHÓRQUEZ QUIROGA  
CC 53080777 DE Bogotá

La suma de \$4.127.207 (CUATRO MILLONES CIENTO VEINTISIETE MIL DOCIENTOS SIETE PESOS) por concepto de servicios prestados como Profesional de Enfermería en el proceso de Vigilancia en Salud pública durante el periodo del 1 al 30 de septiembre 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9505/2024.

Diana Carolina Bohórquez Quiroga

DIANA CAROLINA BOHÓRQUEZ QUIROGA  
CC 53080777 DE Bogotá  
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA  
NUMERO 25064256893

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de septiembre del 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.

Claudia Patricia Prieto Caicedo

CLAUDIA PATRICIA PRIETO CAICEDO  
LIDER OPERATIVO NO TRANSMISIBLES

Lady Viviana Rodríguez Galindo

LADY VIVIANA RODRIGUEZ GALINDO  
Referente Vigilancia en Salud Pública

PAGADO 09/09/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                                  |                    |                           |
|---------------------|----------------------------------|--------------------|---------------------------|
| Razón Social        | DIANA CAROLINA BOHORQUEZ QUIROGA |                    |                           |
| Documento           | CC53080777                       | Dirección          | CR 89A #8 A - 25 CASTILLA |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE                    | Teléfono           | 3025940301                |
| Tipo Persona        | NATURAL                          | Forma Presentación | ÚNICO                     |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.                      | Departamento       | BOGOTA D.C.               |
| Representante Legal |                                  | Identificación     |                           |
| Total Afiliados     | 1                                | ARP                | ARL SURA                  |

II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado |                                  |                |                   | Novedades |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Pensiones |     |     | Salud |          |          | Riesgos  |          |                | Cajas               |                |                | Parafiscales         |              |            |             | Total          |                |                      |             |             |             |      |                   |       |            |
|--------------------|----------------------------------|----------------|-------------------|-----------|-----|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----------|-----|-----|-------|----------|----------|----------|----------|----------------|---------------------|----------------|----------------|----------------------|--------------|------------|-------------|----------------|----------------|----------------------|-------------|-------------|-------------|------|-------------------|-------|------------|
| Identificación     | Apellidos y Nombres              | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING       | RET | RET P | TAE | TDE | TDP | TAP | USP | COR | USI | IGE | LMC | UAC       | AVP | VCT | IRP   | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS | Administradora | IBC Pensión         | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud            | Aporte Salud | Tarifa     | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja             | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |            |
| CC 53080777        | DIANA CAROLINA BOHORQUEZ QUIROGA | 59             | 00                |           |     |       |     |     |     |     |     |     |     |     |     |           |     |     |       | 0        | 30       | 30       | 30       | 0              | (230201) PROTECCION | \$ 1.650.900   | \$ 264.200     | (EPS005) EPS SANITAS | \$ 1.650.900 | \$ 206.400 | 2.436       | \$ 1.650.900   | \$ 40.300      | (NIN-CC) NINGUNA CCF | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0        | \$ 0 | \$ 0              | \$ 0  | \$ 510.900 |

III.TOTALES

| IBC Pensión  | IBC Salud    | IBC Riesgos  | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|--------------|--------------|--------------|-----------|-----------------|---------------|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|-----------------------|------------------------------------------------|-------------------|--------------------------------|-------------------------|-------------|
| \$ 1.650.900 | \$ 1.650.900 | \$ 1.650.900 | \$ 0      | \$ 264.200      | \$ 206.400    | \$ 40.300       | \$ 0          | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0                  | \$ 0                                           | \$ 0              | \$ 510.900                     | \$ 0                    | \$ 510.900  |

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!