

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                                    |                                                                 |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                    | EMILY DAYAN SUAREZ YANQUEN                                      |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                    | C.C                                                             | X                      | C.E                              | No.          |                                                                                     | 1031174317 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                                    | emisuares1515@gmail.com                                         |                        |                                  | CELULAR:     |                                                                                     | 3090652    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | SUBRED       |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                    | ADM DIRECCION DEL GESTION DEL RIESGO EN SALUD USS PABLO VI BOSA |                        |                                  | SEDE:        |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                                  |                                                                 |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | PA16U09              | 100                                |                                                                 |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                                    |                                                                 |                        | TIPO DE CUENTA:                  |              | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                    | 488402271040                                                    |                        |                                  |              | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 1615                               |                                                                 |                        | VIGENCIA                         |              | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 296                  | FECHA                              | 2026-01-19<br>06:24:55.000                                      | NÚMERO DE CRP          | 12207                            | FECHA        | 2026-02-01<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II |                                                                 |                        |                                  |              |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                                    | DESDE                                                           | FECHA INICIAL          |                                  | HASTA        | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                    |                                                                 | 2026-04-01             |                                  |              | 2026-04-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                                    |                                                                 | \$4,283,775            |                                  |              |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            | Administrativo       |                                    | 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | \$17,135,100 |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | \$12,851,325 |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | \$4,283,775  |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | \$0          |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | \$4,283,775  |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                                    |                                                                 |                        |                                  | 75%          |                                                                                     |            |
| 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                                                                       |            |
| 1081251952                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,713,510          | \$214,189                          |                                                                 | \$274,162              | 3                                | \$41,741     | \$530,091                                                                           |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2026. 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. Realizar el acompañamiento técnico y operativo en las diferentes unidades de atención a las profesionales de enfermería participantes en el marco de las rutas integrales de atención en salud RIAS         | REALIZAR EL ACOMPAÑAMIENTO TÉCNICO Y OPERATIVO EN LAS DIFERENTES UNIDADES DE ATENCIÓN A LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARTICIPANTES EN EL MARCO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD RIAS         | REALIZAR ACTAS DE ACOMPAÑAMIENTO DE ASISTENCIAS TÉCNICAS A LAS UNIDADES DE ATENCIÓN EN EL MES DE ABRIL 2026.                                                    |
| 2. Gestionar las bases de datos de la población priorizada de acuerdo a necesidad de la subred y monitorear según necesidad.                                                                                   | REALIZAR ACTAS DE ACOMPAÑAMIENTO DE ASISTENCIAS TÉCNICAS A LAS UNIDADES DE ATENCIÓN EN EL MES DE JUNIO 2025.                                                                                                | REALIZAR ANÁLISIS DE LAS BASES DE DATOS EN EL MES DE ABRIL 2026.                                                                                                |
| 3. acompañamiento al equipo de salud relacionado con la operación de la ruta integral de atención en salud RIAS en el subred, de acuerdo al plan de acción o cronograma propuesto                              | ACOMPAÑAMIENTO AL EQUIPO DE SALUD RELACIONADO CON LA OPERACIÓN DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD RIAS EN AL SUBRED, DE ACUERDO AL PLAN DE ACCIÓN O CRONOGRAMA PROPUESTO                              | PARTICIPACIÓN, PREPARACIÓN Y ENTREGA DE INFORMACIÓN DE LOS ESPACIOS INSTITUCIONALES QUE ESTÁN A CARGO DE GESTIÓN DEL RIESGO INDIVIDUAL EN EL MES DE ABRIL 2026. |
| 4. contribuir en la realización de los análisis de los indicadores de la ruta integral de atención en salud por hitos de la subred aportando al análisis del informe y a las acciones planteadas en el proceso | CONTRIBUIR EN LA REALIZACIÓN DE LOS ANÁLISIS DE LOS INDICADORES DE LA RUTA INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD POR HITOS DE LA SUBRED APORTANDO AL ANÁLISIS DEL INFORME Y A LAS ACCIONES PLANTEADAS EN EL PROCESO | PARTICIPACIÓN EN MESAS DE CONCERTACIÓN DE INDICADORES SEGÚN LAS FICHAS TÉCNICAS Y CONTRATOS CON LAS EAPB, CREACIÓN DE INDICADORES EN EL MES DE ABRIL 2026.      |
| 5 participar de manera propositiva y proactiva en los procesos de acreditación y mejora continua que adelanta la subred.                                                                                       | PARTICIPAR DE MANERA PROPOSITIVA Y PROACTIVA EN LOS PROCESOS DE ACREDITACIÓN Y MEJORA CONTINUA QUE ADELANTA LA SUBRED.                                                                                      | PARTICIPACIÓN EN LA MESA PRIMARIA DE PYD EN EL MES DE ABRIL 2026.                                                                                               |
| 6 contribuir en la adscripción y canalización de usuarios asignados por las EAPB.                                                                                                                              | CONTRIBUIR EN LA ADSCRIPCIÓN Y CANALIZACIÓN DE USUARIOS ASIGNADOS POR LAS EAPB.                                                                                                                             | ACTAS DE ASISTENCIAS Y/O CAPACITACIÓN DE LOS ESPACIOS CONVOCADOS LOGRANDO APLICAR A LAS RIAS LO SOCIALIZADO EN EL MES DE ABRIL 2026.                            |
| 7 Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental                                                                                                                                                        | DAR CUMPLIMIENTO A LA NORMATIVA DE GESTIÓN DOCUMENTAL                                                                                                                                                       | CREACIÓN, SEGUIMIENTO Y/O ACTUALIZACIÓN DE LOS DOCUMENTOS EN LA PLATAFORMA ALMERA EN EL MES DE ABRIL                                                            |
| 8. Presentación o apoya de las auditorias.                                                                                                                                                                     | PRESENTACIÓN O APOYA DE LAS AUDITORIAS.                                                                                                                                                                     | ACTAS DE PREPARACIÓN, PARTICIPACIÓN Y CIERRE DE AUDITORIAS SEGUN SOLICITUD EN EL MES DE ABRIL 2026.                                                             |
| 9. Generación seguimiento y monitoreo de planes de mejoramiento.                                                                                                                                               | GENERACIÓN SEGUIMIENTO Y MONITORIO DE PLANES DE MEJORAMIENTO.                                                                                                                                               | SEGUIMIENTO DE PLANES DE MEJORA CON LOS SOPORTES EN EL APLICATIVO ALMERA EN EL MES DE ABRIL 2026.                                                               |
| 10. Contribuir al ejercicio de autoevaluaciones de las RUTAS.                                                                                                                                                  | CONTRIBUIR AL EJERCICIO DE AUTOEVALUACIONES DE LAS RUTAS.                                                                                                                                                   | " PRESENTACIÓN DE INFORMES DE AUTOEVALUACIÓN EN EL MES DE ABRIL 2026."                                                                                          |
| 11. Demas actividades concernientes para dar cumplimiento a la misión ,visión y metas institucionales.                                                                                                         | DEMAS ACTIVIDADES CONCERNIENTES PARA DAR CUMPLIMIENTO A LA MISIÓN ,VISIÓN Y METAS INSTITUCIONALES.                                                                                                          | CUMPLIMIENTO DE METAS Y/O ACCIONES PROGRAMADAS EN EL MES DE ABRIL 2026.                                                                                         |

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