

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                   |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | Maria Alejandra Rodriguez Hernandez                               |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             | C.C                                                               | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1033816199        |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                             | malegoly09@gmail.com                                              |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3 2 0 8 5 9 7 2 8 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                                                   |                     | SUBRED                           |               |                                                                                     |                   |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             | ADM DIRECCION DE SERVICIOS HOSPITALARIOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED            |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                           |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10U06           | 100                         |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A             |                                                                   |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                   |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                             | 91296175035                                                       |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                             |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 4093                        |                                                                   |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |                   |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1094              | FECHA                       | 2026-05-11 16:51:23.000                                           | NÚMERO DE CRP       | 17322                            | FECHA         | 2026-05-19 00:00:00.000                                                             |                   |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | PROFESIONAL UNIVERSITARIO I |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                             | DESDE                                                             | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                   | 2026-05-15          |                                  |               | 2026-05-31                                                                          |                   |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                             |                                                                   | \$1,986,678         |                                  |               |                                                                                     |                   |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                                                   |                     | \$9,809,225                      |               |                                                                                     |                   |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                   |                     | \$1,986,678                      |               |                                                                                     |                   |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                             |                                                                   |                     | \$1,986,678                      |               |                                                                                     |                   |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                             |                                                                   |                     | \$0                              |               |                                                                                     |                   |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                             |                                                                   |                     | \$7,822,547                      |               |                                                                                     |                   |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                             |                                                                   |                     | 20%                              |               |                                                                                     |                   |
| 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 |                                                                                     |                   |
| PRIMER PAGO                                                                                                                                                                                                                                                  | \$908,526         | \$113,566                   | \$145,364                                                         | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |                   |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO<br>1030613910<br>Supervisor                                                                             |                   |                             |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |                   |                             |                                                                   |                     |                                  |               |                                                                                     |                   |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                 | PRODUCTOS                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Revisar las notificaciones de los sucesos de seguridad reportados por el personal de salud.                                                                                                                                                                                                                         | Verificación sucesos de seguridad IAAS Hospital Bosa                                                                                                                        | Correo Electronico Institucional                                                                                                                         |
| Promover la búsqueda pasiva de los sucesos de seguridad a través de la notificación espontánea por el personal de salud utilizando los mecanismos disponibles para ello                                                                                                                                             | Reporte de epidemiología de Hospital Bosa                                                                                                                                   | Correo Electronico Institucional                                                                                                                         |
| Realizar la búsqueda activa de los sucesos de seguridad.                                                                                                                                                                                                                                                            | Ronda de seguridad en UCI                                                                                                                                                   | Lista de chequeo de Dispositivos medicos                                                                                                                 |
| Realizar capacitación al personal de salud relacionada con el Programa de Seguridad del Paciente                                                                                                                                                                                                                    | Socialización de protocolo de limpieza y desinfección rutinaria - Terminal en el servicios de UCI                                                                           | Asistencia a la socialización                                                                                                                            |
| Aplicar listas de chequeo para medir la adherencia del personal a las buenas prácticas de seguridad del paciente                                                                                                                                                                                                    | Aplicación lista de chequeo de Usuario Protegido y Dispositivos medicos                                                                                                     | Lista de chequeo usuario protegido - Dispositivos medicos                                                                                                |
| Participar en las unidades de análisis para la revisión de los sucesos de seguridad de las Unidades de la Subred                                                                                                                                                                                                    | Revisión con infectólogo de turno                                                                                                                                           | ID analizados                                                                                                                                            |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                                                                         | Verificación de HC cumpliendo criterios de confidencialidad y manejo de la información                                                                                      | Aplicativo almera y Dinámica - Casos reportados                                                                                                          |
| Participar en las rondas de seguridad programadas desde la Referencia de Seguridad del Paciente en las unidades de la Subred                                                                                                                                                                                        | Ronda de Seguridad PROA- IAAS                                                                                                                                               | Escalamiento de antibioticos con grupo de infecciones                                                                                                    |
| Diseñar estrategias de implementación de buenas prácticas relacionadas con el proceso                                                                                                                                                                                                                               | Aplicación de listas en UCI                                                                                                                                                 | Listas de chequeo                                                                                                                                        |
| Realizar acompañamiento y seguimiento a las actividades asignadas en las diferentes unidades de la Subred de acuerdo a las necesidades del proceso                                                                                                                                                                  | Fortalecimiento a unidades de cuidado intensivo en protocolos de limpieza y desinfección, además, seguimiento adherencia a protocolo de inserción de catéter venoso central | Aplicación de listas de chequeo de acuerdo a protocolos evaluados de limpieza y desinfección                                                             |
| Participar activamente en los diferentes comités asistenciales de la institución, jornadas de capacitación, Inducción y demás reuniones donde sea convocado, sean al interior o fuera de la Subred                                                                                                                  | Asistencia a comité Mensual IAAS - SEDE FONTIBON ABRIL                                                                                                                      | Participación en Corum y lista de asistencia                                                                                                             |
| Realizar los informes requeridos, analizar y hacer seguimiento a los indicadores propios del Programa de Seguridad de Pacientes                                                                                                                                                                                     | Implementación de Plan de mejora Hospital de Bosa                                                                                                                           | Excel plan de mejora, verificación de indicadores en plataforma almera                                                                                   |
| Implementar los estándares del Sistema único de Acreditación que le apliquen de acuerdo con su actividad y participar activamente en las mesas de acreditación de acuerdo al rol establecido                                                                                                                        | Aporte a estándar 8 Sistema Único de acreditación - Seguimiento a Limpieza y desinfección                                                                                   | Participación en rondas y aplicación de listas de chequeo                                                                                                |
| Archivar los soportes generados durante la realización de informes y/o auditorías, de acuerdo a los lineamientos institucionales sobre Gestión Documental 15. 15. Apoyar y participar en actividades de referenciación internas y externas                                                                          | Implementación de informes y actas de seguimiento a visitas de secretaría de salud frente hallazgos realizados                                                              | Actas de reunión frente a lineamientos y compromisos institucionales                                                                                     |
| Realizar la actualización de los procesos, procedimientos, manuales, guías y documentación inherente a su actividad                                                                                                                                                                                                 | No aplica para la vigencia                                                                                                                                                  | No aplica para la vigencia                                                                                                                               |
| Asegurar el cumplimiento de sus obligaciones contractuales, utilizando de manera óptima los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos                                                                                                                                                                       | Se asegura los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos                                                                                                            | Se da cumplimiento a la obligación contractual de utilizar de manera óptima los recursos humanos, físicos, financieros y técnicos                        |
| Custodiar y responder por los bienes a cargo                                                                                                                                                                                                                                                                        | Se custodia y se responde por los bienes a cargo                                                                                                                            | Se da cumplimiento a la adecuada custodia de los bienes a mi cargo                                                                                       |
| Realizar las actividades necesarias para el cumplimiento del plan de acción del Proceso de Gestión de la Calidad y Mejoramiento Continuo                                                                                                                                                                            | Se realiza actividades con el fin de fortalecer el proceso de gestión de la calidad y mejoramiento continuo                                                                 | Socialización y gestión de sucesos de seguridad con el fin de garantizar la gestión clínica, excelente y segura en el usuario, la familia y la comunidad |
| Ejecutar las actividades programadas de forma mensual para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes de gestión del área y entregar los soportes de ejecución. datos e información requerida según programación de acuerdo a las actividades o a los requerimientos del servicio contratado | Se ejecuta actividades programadas para dar cumplimiento al contrato, de acuerdo a programación por parte de la referente                                                   | Se da cumplimiento mediante asistencia a diferentes reuniones y se entregan soportes de ejecución                                                        |
| Las demás actividades que surjan durante el desarrollo del objeto contractual y las solicitadas por el supervisor afines con las obligaciones del contrato                                                                                                                                                          | Cumplimiento a las actividades de objeto contractual que surjan dentro de las actividades                                                                                   | Se da cumplimiento a los lineamientos brindados por parte del supervisor del contrato                                                                    |
| Apoyar y participar en actividades de referenciación internas y externas                                                                                                                                                                                                                                            | Se apoya y se participa en actividades de referenciación interna y externa                                                                                                  | Se participa en actividades de referenciación según asignación de referente IAAS                                                                         |

RAFAEL DAVID ROJAS SERRANO  
1030613910  
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

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                           |                     |          |                       |  |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|---------------------|----------|-----------------------|--|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                 | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1033816199                 |    | RODRIGUEZ HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Clt 62 sur # 2c - 26 este | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7165428  | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |          |            |        |            |            |                 |             |
|-----------------------------------|---------|----------|----------|------------|--------|------------|------------|-----------------|-------------|
| Periodo                           |         | Clave    | Tipo     | Fecha      |        | Pago       |            |                 |             |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla | Planilla   | Limite | Pago       | Banco      | Dias Mora       | Valor       |
| 2026-05                           | 2026-05 | 06134886 |          | 9506134886 | I      | 2026/06/24 | 2026/06/16 | BANCO AV VILLAS | 0 \$289,100 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES |                |            |                                     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |        |      |           |           |           |      |           |           |           |      |     |         |        |      |           |              |          |     |        |                       |               |  |
|----------------------------------|----------------|------------|-------------------------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|--------|------|-----------|-----------|-----------|------|-----------|-----------|-----------|------|-----|---------|--------|------|-----------|--------------|----------|-----|--------|-----------------------|---------------|--|
| EMPLEADO                         |                |            |                                     | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | PENSION |        |      |           | SALUD     |           |      |           | CCF       |           |      |     | RIESGOS |        |      |           | PARAFISCALES |          |     |        |                       |               |  |
| No.                              | Identificación |            | Nombre                              | ing       | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | yip     | Codigo | Dias | IBC       | Aporte    | Codigo    | Dias | IBC       | Aporte    | Codigo    | Dias | IBC | Aporte  | Codigo | Dias | IBC       | Aporte       | Dias     | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |  |
| 1                                | CC             | 1033816199 | RODRIGUEZ HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA | X         |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         | 230301 | 16   | \$933,816 | \$149,500 | EPS002    | 16   | \$933,816 | \$116,800 |           | 0    | \$0 | \$0     | 14-11  | 16   | \$933,816 | \$22,800     | 0        | \$0 | \$0    | No                    | \$289,100     |  |
| Total Afiliados( 1)              |                |            |                                     |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |         |        |      |           | \$933,816 | \$149,500 |      |           | \$933,816 | \$116,800 |      |     | \$0     | \$0    |      |           | \$933,816    | \$22,800 |     |        | \$0                   | \$0           |  |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                     |                 |                    |                           |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|-------------------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                        | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion                 | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1033816199                 |    | RODRIGUEZ HERNANDEZ MARIA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | Cll 62 sur # 2c - 26 este | BOGOTA-BOGOTA D.E.  | 7165428  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                 |           |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|-----------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago            |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco           | Dias Mora | Valor     |
| 2026-05                           | 2026-05 | 06134886 | 9506134886 | I        | 2026/06/24 | 2026/06/16 | BANCO AV VILLAS | 0         | \$289,100 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$149,500       | \$0            | \$0                    | \$149,500     |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$149,500       | \$0            | \$0                    | \$149,500     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$22,800        | \$0            | \$0                    | \$22,800      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$22,800        | \$0            | \$0                    | \$22,800      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$116,800       | \$0            | \$0                    | \$116,800     |  |
| SALUD TOTAL              | EPS002 | 800,130,907 | 4  | 1         | \$116,800       | \$0            | \$0                    | \$116,800     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$289,100       | \$0            | \$0                    | \$289,100     |  |

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

**DEBE A:**

**Maria Alejandra Rodriguez Hernandez**  
**C.C 1033816199 DE BOGOTÁ**

La suma de \$1.986.674 por concepto de: Prestación de servicios, como Profesional Universitario la Dirección Hospitalaria durante el periodo de 01 al 31 de Mayo 2026 conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4093 del 2026.



**María Alejandra Rodríguez Hernández**  
**C.C 1033816199 DE BOGOTÁ**  
**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**N° 91296175035**