

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |                                                           |                     | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JENNY MARCELA JARA HUERFANO                               |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                       | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 52159863   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | jennyja38@hotmail.com                                     |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3134724445 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | URG OBSERVACIÓN PEDIÁTRICAS<br>HOSPITAL PEDIATRICO TINTAL |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE11B05           | 100                      |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                           |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 52503892022                                               |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2031                     |                                                           |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1147              | FECHA                    | 2026-05-14<br>15:17:19.000                                | NÚMERO DE CRP       | 19697                            | FECHA         | 2026-05-28<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | ENFERMERO                |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                                     | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           | 2026-03-01          |                                  |               | 2026-03-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                           | \$4,103,718         |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Asistencial              |                                                           | RESERVA DE GLOSA 0% |                                  |               | N/A                                                                                 |            |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                           |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$16,414,872  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$12,311,154  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$4,103,718   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                           |                     |                                  | \$4,103,718   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                           |                     |                                  | 75%           |                                                                                     |            |
| El intervisor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC                                    | NIVEL ARL           | APORTE ARL                       | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 36335032                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,641,487       | \$205,186                | \$262,638                                                 | 3                   | \$39,987                         | \$507,810     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA<br>35589089<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                       |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                                           |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                     | ACTIVIDADES                                                                                                            | PRODUCTOS                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería. | se revisan historias durante todos los turnos                                                                          | se revisan historias durante todos los turnos                                                                          |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                                                                | se realizan registros de enfermería en forma clara y ordenada cronológicamente                                         | se realizan registros de enfermería en forma clara y ordenada cronológicamente                                         |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente.                                                                                 | se realiza solicitud diaria de medicamentos e insumos para los pacientes asignados                                     | se realiza solicitud diaria de medicamentos e insumos para los pacientes asignados                                     |
| Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                                                                              | se realiza procedimiento de recibo y entrega de turno para cada uno de los pacientes asignados de acuerdo al protocolo | se realiza procedimiento de recibo y entrega de turno para cada uno de los pacientes asignados de acuerdo al protocolo |
| Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio                                                           | se reportan eventos de seguridad                                                                                       | se reportan eventos de seguridad                                                                                       |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.                                                                                                                                    | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.                                                                                                                                    | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad.                                                                                                                                    | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                                                                               | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         | se notificarán fallas presentadas de funcionamiento en equipos e instalaciones                                         |
| Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.                                                                                                                                    | se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                               | se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                               |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                                                                                      | se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                               | se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                               |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.                                                                       | atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                      | atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                      |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.                                                                | atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                      | atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                      |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                                                                         | atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                      | atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                      |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio                                                                                                | V atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                    | V atención se realiza una programación diaria con el personal auxiliar de acuerdo a las necesidades                    |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                                                  | se realiza acompañamiento permanente al auxiliar de enfermería para la realización de registros de enfermería          | se realiza acompañamiento permanente al auxiliar de enfermería para la realización de registros de enfermería          |
| Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                                                                           | se realiza acompañamiento permanente al auxiliar de enfermería para la realización de registros de enfermería          | se realiza acompañamiento permanente al auxiliar de enfermería para la realización de registros de enfermería          |
| Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                                                                                        | se realiza acompañamiento permanente al auxiliar de enfermería para la realización de registros de enfermería          | se realiza acompañamiento permanente al auxiliar de enfermería para la realización de registros de enfermería          |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                         | realizan rondas durante el turno para evaluar el seguimiento del paciente                                              | realizan rondas durante el turno para evaluar el seguimiento del paciente                                              |

ANA LEONOR MARTINEZ MOSQUERA  
35589089  
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