

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                 |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | JULIET VANESSA HUERTAS GARAY                    |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                             | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1033689486 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | vhuertasgaray@gmail.com                         |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3150564520 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                 |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | URG CONSULTA URGENCIAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10B01           | 100                      |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |                                                 |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 66272653918                                     |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 3151                     |                                                 |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1147              | FECHA                    | 2026-05-14 15:17:19.000                         | NÚMERO DE CRP       | 19708                            | FECHA         | 2026-05-28 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                           | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                 | 2026-06-01          |                                  |               | 2026-06-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                 | \$2,489,400         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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. |                   |                          |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |                   |                          |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                 |                     |                                  | VALORES       |                                                                                     |            |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                 |                     |                                  | \$14,029,152  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                 |                     |                                  | \$11,285,280  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                 |                     |                                  | \$2,489,400   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                 |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                 |                     |                                  | \$2,743,872   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                 |                     |                                  | 80%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| Planilla 1082962036                                                                                                                                                                                                                                          | \$995,760         | \$124,470                | \$159,322                                       | 3                   | \$24,257                         | \$308,048     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                               |                   |                          |                                                 |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO<br>52099480<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 | custodiar historias clínicas del paciente asignado                                 | clínicas del paciente asignado registro del traslado de historias clínicas de la unidad                 |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio                                                                                | registro del traslado de historias clínicas de la unidad                           | bitácora de procedimientos                                                                              |
| Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente                                                                                 | realizar registros de forma clara y ordenados cronológicamente                     | bitácora de procedimientos                                                                              |
| Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                                                                                    | asistir al paciente en sus actividades básicas                                     | asistir al paciente en sus actividades básicas                                                          |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio                                                                                                                                                               | Realiza registros en forma clara y ordenados cronológicamente                      | Registrar en el libro de ingresos y normas del servicio cada paciente procedente de otra área u hospita |
| 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 | portar con el uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las activida | anecdótico                                                                                              |
| Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio                                                                                | custodiar historias clínicas del paciente asignado                                 | registro del traslado de historias clínicas de la unidad                                                |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado                                                                                                                         | realizar recibo y entrega de turno                                                 | lista de verificación                                                                                   |
| Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio                                                                                                                                                               | se diligencia link                                                                 | asegúrate del mes de febrero                                                                            |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                        | lista de verificación                                                              | ciente para exámenes especiales y/o medios diagnóstico                                                  |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                       | custodiar historias clínicas del paciente asignado                                 | registro del traslado de historias clínicas de la unidad                                                |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                                                                        | realizar inventarios asignados por el jefe inmediato                               | libro de inventario                                                                                     |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                                                                                       | usar los elementos de protección persona                                           | libro de inventario                                                                                     |

DIANA MARITZA BELTRAN BEJARANO  
52099480  
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