

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-----------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | LEIDY MARCELA ARIAS TRIANA              |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                     | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1022429609 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | marcelin501@hotmail.com                 |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3232041137 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                         |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | A LOG LACTARIO USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10P08           | 100                      |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                         |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 488439630671                            |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 2077                     |                                         |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1571              | FECHA                    | 2026-07-16<br>14:59:35.000              | NÚMERO DE CRP       | 24374                            | FECHA         | 2026-07-31<br>00:00:00.000                                                          |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                   | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         | 2026-07-01          |                                  |               | 2026-07-31                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                         | \$3,817,080         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$19,251,360  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$16,678,980  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$3,817,080   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                         |                     |                                  | \$2,572,380   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                         |                     |                                  | 87%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 9506512158                                                                                                                                                                                                                                                   | \$1,028,952       | \$128,619                | \$164,632                               | 3                   | \$25,065                         | \$318,317     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| RUTH MARGARITA FERNANDEZ MORRIS<br>32670645<br>Supervisor                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.                                                                                                                                         |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                          |                                         |                     |                                  |               |                                                                                     |            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                | ACTIVIDADES                                                                                                                                                               | PRODUCTOS                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1) Apoyar la preparación de formulas artificiales, lavado de material para esterilización, rotulado para esterilización.                                                  | 1) Apoyar la preparación de formulas artificiales, lavado de material para esterilización, rotulado para esterilización.                                                  | 1) Apoyar la preparación de formulas artificiales, lavado de material para esterilización, rotulado para esterilización.                                                  |
| 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                      | 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                      | 2) Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio.                                      |
| 3) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                      | 3) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                      | 3) Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención                                                                                                      |
| 4) 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.  | 4) 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.  | 4) 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.  |
| 5) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                             | 5) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                             | 5) Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad                                                                             |
| 6) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | 6) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | 6) Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. |
| 7) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                       | 7) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                       | 7) Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.                                                                                                       |
| 8) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                             | 8) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                             | 8) Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible                                                                             |
| 9) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                              | 9) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                              | 9) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.                                              |
| 10) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.              | 10) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.              | 10) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.              |
| 11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.       | 11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.       | 11) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.       |
| 12) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                | 12) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                | 12) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.                                                                |
| 13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                      | 13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                      | 13) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                      |
| 14) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                         | 14) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                         | 14) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                         |
| 15) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                  | 15) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                  | 15) Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.                                                  |
| 16) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                               | 16) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                               | 16) Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred                               |
| 17) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                | 17) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                | 17) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente                                |
| 18) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                               | 18) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                               | 18) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato                                                                               |

RUTH MARGARITA FERNANDEZ MORRIS  
32670645  
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 | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |  |
| CC 1022429609                 |    | ARIAS TRIANA LEIDY MARCELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 1 30 a 62 sur | SOACHA-CUNDINAMARCA | 3232041137 | No                    |  |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |  |            |          |            |            |                  |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|--|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |  | Tipo       | Fecha    |            | Pago       |                  |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      |  | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Valor     |
| 2026-06                           | 2026-06 | 463169517 |  | 9506512158 | I        | 2026/07/03 | 2026/07/08 | BANCO DAVIVIENDA | \$544,000 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                  |                |            |             |        |             |             |           |        |             |             |           |      |     |        |         |      |             |          |              |          |        |     |     |
|---------------------------------------------------|----------------|------------|-------------|--------|-------------|-------------|-----------|--------|-------------|-------------|-----------|------|-----|--------|---------|------|-------------|----------|--------------|----------|--------|-----|-----|
| EMPLEADO                                          |                |            | PENSION     |        |             |             | SALUD     |        |             |             | CCF       |      |     |        | RIESGOS |      |             |          | PARAFISCALES |          |        |     |     |
| No.                                               | Identificación | Nombres    | Codigo      | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias   | IBC         | Aporte      | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias | IBC         | Aporte   | Dias         | IBC      | Aporte |     |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)                 |                |            |             |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0      | \$0    |     |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL( 1 Afiliados)        |                |            |             |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0      | \$0    |     |     |
| Ciudad: SOACHA Depto: CUNDINAMARCA ( 1 Afiliados) |                |            |             |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0      | \$0    |     |     |
| 1                                                 | CC             | 1022429609 | ARIAS LEIDY | 230301 | 30          | \$1,750,905 | \$280,200 | EPS017 | 30          | \$1,750,905 | \$218,900 |      | 0   | \$0    |         | \$0  | 14-11       | 30       | \$1,750,905  | \$42,700 | 0      | \$0 | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                               |                |            |             |        | \$1,750,905 | \$280,200   |           |        | \$1,750,905 | \$218,900   |           |      | \$0 | \$0    |         |      | \$1,750,905 | \$42,700 |              | \$0      | \$0    |     |     |



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                            |                 |                    |                   |                     |            |                       |
|-------------------------------|----|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|---------------------|------------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social               | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion         | Ciudad-Departamento | Teléfono   | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 1022429609                 |    | ARIAS TRIANA LEIDY MARCELA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | cra 1 30 a 62 sur | SOACHA-CUNDINAMARCA | 3232041137 | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |           |            |          |            |            |                  |           |           |
|-----------------------------------|---------|-----------|------------|----------|------------|------------|------------------|-----------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave     |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago             |           |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago      | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco            | Días Mora | Valor     |
| 2026-06                           | 2026-06 | 463169517 | 9506512158 | I        | 2026/07/03 | 2026/07/08 | BANCO DAVIVIENDA | 5         | \$544,000 |

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                 |                |                        |               |  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-----------------|----------------|------------------------|---------------|--|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |  |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$280,200       | \$1,100        | \$0                    | \$281,300     |  |
| PORVENIR                 | 230301 | 800,224,808 | 8  | 1         | \$280,200       | \$1,100        | \$0                    | \$281,300     |  |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$42,700        | \$200          | \$0                    | \$42,900      |  |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$42,700        | \$200          | \$0                    | \$42,900      |  |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$218,900       | \$900          | \$0                    | \$219,800     |  |
| FAMISANAR                | EPS017 | 830,003,564 | 7  | 1         | \$218,900       | \$900          | \$0                    | \$219,800     |  |
| TOTAL                    |        |             |    | 1         | \$541,800       | \$2,200        | \$0                    | \$544,000     |  |



9ff40e9b-7d74-4cc2-a4c3-47ea72fa11db

# Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud  
certifica que:

***Leidy Marcela arias triana***

ha participado y aprobado el:

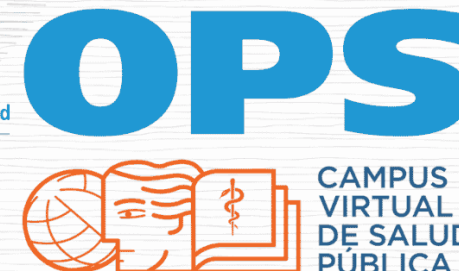
**Curso básico de prevención y control de  
infecciones multirresistentes en el hospital**

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 40 - Porcentaje de aprobación: 93,00 %

23 de julio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.  
Director



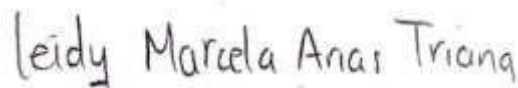
**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE**  
**E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**LEIDY MARCELA ARIAS TRIANA**

**C.C 1.022.429.609 DE BOGOTÁ**

La suma de 3.817.080 por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE NUTRICION SEDE KENNEDY durante el periodo **del 1 al 31 de Julio 2026** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 2077-2026



**LEIDY MARCELA ARIAS TRIANA**

**CC 1.022.429.609 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 488439630671**