

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                     | 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:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | ANAMARIA PEREZ CASTAÑO                                |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           | C.C                                                   | X                   | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1018430234 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           | anpeca21@hotmail.com                                  |                     |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 3506016958 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                       |                     |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           | ADM DIRECCION ADMINISTRATIVA USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                         |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10R01           | 100                       |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A      |                                                       |                     | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                           | 468270022741                                          |                     |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 1712                      |                                                       |                     | VIGENCIA                         |               | 2026                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1957              | FECHA                     | 2026-09-14 16:08:55.000                               | NÚMERO DE CRP       | 36588                            | FECHA         | 2026-09-30 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | RADIOOPERADOR             |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           | DESDE                                                 | FECHA INICIAL       |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       | 2026-08-01          |                                  |               | 2026-08-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           |                                                       | \$1,033,619         |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                       |                     |                                  | \$27,317,100  |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                     |                                  | \$23,920,920  |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           |                                                       |                     |                                  | \$1,033,619   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                     |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                           |                                                       |                     |                                  | \$3,396,180   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                       |                     |                                  | 88%           |                                                                                     |            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |                   |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           | IBC DE COTIZACION | APOORTE A SALUD 12.5% IBC | APOORTE PENSION 16% IBC                               | NIVEL ARL           | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |            |
| 8393774672                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                 | \$145,364                                             | 3                   | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Agosto de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                              |                   |                           |                                                       |                     |                                  |               |                                                                                     |            |
| KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA<br>1024517336<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                                                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| . Operar el equipo de radio asignado transmitir, recibir, registrar mensajes aplicando códigos                                                                                                                                                                   | Realizar actividades propias de radioperador , conocer códigos, establecer mecanismos de comunicación con las demás entidades | Gestión de la referencia ( Generar informe de productividad por radioperador, y de oportunidad en el inicio de la referencia ) al revisar la base de datos de SIRC y CREAT |
| Establecer contactos con el Centro Regulador de Urgencias, las instituciones o ambulancias que den respuesta oportuna                                                                                                                                            | Realizar actividades propias de radioperador , conocer códigos, establecer mecanismos de comunicación con las demás entidades | Gestión del proceso de referencia de manera oportuna incluyendo gestión de la ambulancia                                                                                   |
| 3. Solicitar asesoría e instrucciones al médico para determinar el estado del paciente pidiendo remisión y medio de transporte.                                                                                                                                  | Realizar la presentación de pacientes para el respectivo proceso de referencia                                                | Gestión propia de la ubicación de pacientes y respuesta de ( diligenciamiento del SIRC tanto para traslados internos como para referencias)                                |
| Mantener ordenado el lugar y equipos designados para el desarrollo de sus actividades y los equipos en óptimas condiciones velando por su mantenimiento preventivo y correctivo                                                                                  | Realizar actividades propias para mantener en orden, limpieza y cuidado de equipos e insumos asignados para la gestión        | Desarrollo de sus actividades                                                                                                                                              |
| 5. Diligenciar en el registro correspondiente las remisiones realizadas en cada turno.                                                                                                                                                                           | Diligenciamiento del SIRC en la gestión de cada paciente                                                                      | Diligenciamiento completo del SIRC de pacientes por persona ( informe por parte de Líder y apoyo profesional de proceso) Presentación de pantallazo de RUR de cada unidad  |
| Informar al médico y la enfermera la aceptación del paciente remitido y la disponibilidad de ambulancia según contratación.                                                                                                                                      | Actividad propia de la gestión de referencia de un paciente                                                                   | Pacientes informados ( diligenciamiento del libro Informativo) gestión diaria de informar a los servicios                                                                  |
| Reportar al líder las novedades presentadas así como las fallas en el funcionamiento de los equipos.                                                                                                                                                             | Actividad propia de la gestión de referencia de un paciente                                                                   | Actas o gestión de Ticket en cada caso que sea pertinente                                                                                                                  |
| Identificar la estación de radio y reportar los casos particulares establecidos según la reglamentación.                                                                                                                                                         | Generar los reportes requeridos dentro del proceso de la referencia de pacientes                                              | Informes generados o reportar casos especiales                                                                                                                             |
| Reportar a la secretaria Distrital de Salud sobre camas disponibles diariamente según horarios establecidos y recurso médico, paramédico existente en caso de emergencias como catástrofes, inundaciones y alertas rojas que necesiten de prioridad.             | Generar reporte de ocupación por correo a las diferentes entidades que solicitan este                                         | Reporte relaizado diariamente a las EPS y entes de control                                                                                                                 |
| Al Identificar problemas de seguridad social realizar contacto con Trabajo Social para la gestión pertinente                                                                                                                                                     | Diligenciamiento de Libro de notificación a trabajo social a fin de notificar las necesidades de acción en cada paciente      | Gestión reportada por trabajo social en el SIRC de manera completa, realizar seguimiento a los diferentes caso                                                             |
| Diligenciar de manera clara y completa todos los documentos y formatos necesarios para la remisión del usuario                                                                                                                                                   | Gestionar la base de datos de CREAT, y de SIRC de manera completa                                                             | Verificar la Base de datos de SIRC y CREAT de cada una de las unidades ( comparación de la base de datos de SIRC y CREAT ) establecer oportunidad en la gestión            |
| Diligenciar de manera clara, completa y oportuna, los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad.                                                                                                                                   | Gestionar la base de datos de CREAT, y de SIRC de manera completa, dar respuesta a solicitudes requeridas                     | Verificar la Base de datos de SIRC y CREAT de cada una de las unidades                                                                                                     |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad. | actividades propias de la gestión de radio                                                                                    | Actividades para la ubicación de pacientes                                                                                                                                 |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.                                                                                                                                                            | Acciones de autocontrol en la gestión que desarrolla en el proceso de referencia y contrarreferencia                          | Desarrollo del proceso de manera adecuada , oportuna                                                                                                                       |
| Aplicar y participar en la actualización, formulación de las guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos formulados en la institución                                                                                                               | Conocer la Norma y demás documentos relacionados con el proceso de referencia                                                 | Conocer la Norma y demás documentos relacionados con el proceso de referencia                                                                                              |

KAREN VIVIANA VASQUEZ SAAVEDRA  
1024517336  
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