

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|-------|----------------------------------------------|---------------------|-----------------|---------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
|                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                              | Versión             |                 | 3             |               |  |            |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                          |       |                                              | Fecha de aprobación |                 | 2/15/2018     |               |                                                                                     |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                              | Código:             |                 | 04-02-FO-0002 |               |                                                                                     |            |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       | zcharik dayana chavez carillo                |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |       | C.C                                          | X                   | C.E             | No.           |               | 1193574774                                                                          |            |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          |       | chavezcharik@gmail.com                       |                     |                 |               | CELULAR:      |                                                                                     | 3112016761 |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       |                                              |                     | SUBRED          |               |               |                                                                                     |            |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       | U. ESP UNIDAD RENAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                     |                 |               | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Centro de costo          | %     |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   | KE10J17                  | 100   |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCOLOMBIA S.A          |       |                                              |                     | TIPO DE CUENTA: |               | AHORRO        |                                                                                     |            |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          |       | 17400003510                                  |                     |                 |               | PENSIONADO    |                                                                                     | NO         |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | 16    |                                              |                     | VIGENCIA        |               |               | 2023                                                                                |            |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |                   | 288                      | FECHA | 2024-01-17 10:45:28.000                      | NÚMERO DE CRP       |                 | 6143          | FECHA         | 2024-01-17 10:59:00.000                                                             |            |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |       |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE | FECHA INICIAL                                |                     | HASTA           | FECHA FINAL   |               |                                                                                     |            |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       | 2024-01-01                                   |                     |                 | 2024-01-31    |               |                                                                                     |            |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |       | \$2,300,000                                  |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               | \$28,180,677  |                                                                                     |            |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               | \$27,865,077  |                                                                                     |            |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               | \$2,300,000   |                                                                                     |            |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               | \$0           |                                                                                     |            |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               | \$315,600     |                                                                                     |            |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               | 99%           |                                                                                     |            |  |
| 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 |                                                                                     |            |  |
| 73615837                                                                                                                                                                                                                                                     | \$908,928         | \$113,616                |       | \$145,428                                    |                     | 3               | \$22,141      | \$281,186     |                                                                                     |            |  |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                   |                          |       |                                              |                     |                 |               |               |                                                                                     |            |  |
| LUDY ANDREA CUBILLOS MORA<br>52465298<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. Ejecutar con criterio todas las acciones encaminadas a la prestación integral del paciente en terapia de reemplazo renal. 2. Realizar procedimientos dentro de la sala de hemodialisis con adherencia a los protocolos de la unidad renal. | 1. Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades dentro de la sala de hemodialisis. 2. Realiza toma de signos vitales en cada sesión de hemodialisis. 3. Dispensa ácido y bicarbonato. 4. Programa máquina de hemodialisis según prescripción médica. 5. Asiste conexión y desconexión de acceso vascular según protocolo | 1. Historia Clínica 2. Registros con firma y sello-2. Adherencia a protocolos. |
| 1. Relaciones interpersonales, trabajo en equipo y trato humanizado, comunicación asertiva.                                                                                                                                                   | 1. Mantiene trato cordial y humanizado con los pacientes en programa de hemodialisis. 2. Mantiene relaciones interpersonales y trabajo en equipo                                                                                                                                                                                                          | 1. Lista de verificación                                                       |
| 1. Manejo, uso de recursos físicos, insumos, equipos, e identificación.                                                                                                                                                                       | 1. Diligencia formato de huellas al paciente renal. 2. Vigila sesión de hemodialisis durante las cuatro horas. 3. Lleva el stop diario de medicamentos dentro de la sala de hemodialisis. 4. Asiste toma de muestras para laboratorio mensuales, según protocolo. 5. Asiste a la enfermera en atención de complicaciones propias de la terapia            | 1. Inventarios, Registros                                                      |
| Entrega de reporte indicadores de calidad.                                                                                                                                                                                                    | 1. Monta máquinas de hemodialisis por consolidado de la sala de hemodialisis según revista médica especializada. 2. Dilaiza paciente en unidad de cuidados intensivos según prescripción médica. 4. Reporta eventos adversos a la jefe de sala en el mismo día que se presente                                                                            | 1. Formatos establecidos para reporte de información.                          |
| 1. Verificar actividades propias del servicio para bienestar del paciente.                                                                                                                                                                    | 1. Organiza pedido de insumos para cada terapia de hemodialisis, según parámetros establecidos por el especialista. 2. Realiza kit de hemodialisis. 3. Diligencia hoja de sesión de hemodialisis. 4. Realiza lavado de manos. 5. Realiza inventarios en cada turno. 6. Vela por los insumos e inmuebles de la unidad renal                                | 1. Consolidados diarios.                                                       |
| 1. Cumplir con las normas según el manual de bioseguridad.                                                                                                                                                                                    | 1. Realiza limpieza y desinfección de la sala de hemodialisis. 2. Realiza limpieza y desinfección de la máquina de hemodialisis. 3. Utiliza elementos de bioseguridad para cada procedimiento. 4. Realiza desinfección terminal de la sala de hemodialisis y diálisis peritoneal según cronograma                                                         | 1. Cronograma de desinfecciones. 2. Formato de adherencia (Lista de chequeo)   |
| 1. Educación clínica e investigación permanente.                                                                                                                                                                                              | 1. Asistir a las capacitaciones programadas por la institución en el servicio.                                                                                                                                                                                                                                                                            | 1. Formato de capacitación                                                     |

LUDY ANDREA CUBILLOS MORA  
52465298  
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

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |           |     |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|-----------|-----|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD  |     |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS | UPC |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | 1         | 0   |
| TOTAL A PAGAR        |                                   |               |                          |                 |           |     |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 02/01/2024               | 73615837        | \$358.900 |     |

### TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |          |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |          |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS010        | EPS Sura | 800088702-2 | 145,000                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 0         | 0                     | 0              | 145,000       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 185.600                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 0         | 0                     |                | 185.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |          |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|----------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |          |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-11                     | ARL SURA | 890903790-5 | 28.300                 |                  |       |                        | 28.300                | 0         | 0                     | 28.300              |                            |                     | 283               | 28.300        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 0         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 145.000                             | 145.000       |
| Pensión                | 1                              | 185.600                             | 185.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 28.300                              | 28.300        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| <b>TOTALES</b>         | 3                              | 358.900                             | 358.900       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                                 |        |                        |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|---------------------------------|--------|------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE                |        | DIRECCIÓN              | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 1193574774        | ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO |        | Cll 16 A sur # 10 I 94 | 9028456            | chavezcharik@gmail.com              |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL                 | CÓDIGO | DEPARTAMENTO           | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                                 |        | CUNDINAMARCA           | SOACHA             |                                     |
|                     |                   |                                 |        |                        |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                                 |        |                        |                    | SI                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |               |                          |                 |               |
|----------------------|-----------------------------------|---------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD      |
|                      |                                   |               |                          |                 | EMPLEADOS     |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIONES                 |               |                          |                 | UPC           |
| 2023-12              | 2023-12                           | I             | 02/01/2024               | 73615837        | \$358.900     |
|                      |                                   |               |                          |                 | TOTAL A PAGAR |
|                      |                                   |               |                          |                 |               |

| DETALLE POR COTIZANTE |      |                       |                                 |           |        |           |                   |           |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     |          |           |            |                      |                      |                                |                                 |          |           |                        |          |           |                 |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
|-----------------------|------|-----------------------|---------------------------------|-----------|--------|-----------|-------------------|-----------|-----|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-----|----------|-----------|------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|-----------|------------------------|----------|-----------|-----------------|------------|------------|---------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |      |                       |                                 |           |        |           |                   |           |     | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |      |     |     | PENSIÓN |     |     |     |     |          |           |            | SALUD                |                      |                                | RIESGOS LABORALES               |          |           | CCF                    |          |           | PARAFISCALES    |            |            |         |            |                        |             |             |             |            |   |
| No.                   | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres             | Cotizante | Sueldo | Exonerado | Columna exonerada | Exonerado | ING | RET                   | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | IOE | IVA | IVA     | IVA | IVA | IVA | IVA | Cód. AFP | IBC AFP   | Cotización | Voluntari o Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |   |
| 1                     | CC   | 1193574774            | CHAVEZ CARRILLO ZCHARICK DAYANA | 57        | 0      |           |                   | N         |     |                       |     |     |     |     |     |     |      |     |     |         |     |     |     |     | 230301   | 1.160.000 | 185.600    | 0                    | 0                    | 0                              | 0                               | EPS010   | 1.160.000 | 145.000                | 14-11    | 1.160.000 | 3               | 28.300     |            | 0       | 0          | 0                      | 0           | 0           | 0           | 0          | 0 |

PAGADA

DOCUMENTO EQUIVALENTE # 13/13  
LA SUBRED INTEGRADA DE SEVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E. S .E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

**ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO**  
**CC 1.193.574.774 DE FUSAGASUGA**

La suma de \$ 2,300,000 (DOS MILLONES TRECIENTOS MIL PESOS MCTE) Por concepto de: Prestación de servicios como auxiliar de enfermería De la Unidad Renal sede Kennedy durante el periodo 01 de ENERO al 31 de ENERO de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios número de contrato

# 16 -2023

*Zcharick Dayana Chavez Carillo*  
**ZCHARICK DAYANA CHAVEZ CARRILLO**  
**CC 1.193.574.774 DE FUSAGASUGA**

**CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA**

**17400003510**