

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------------|----------------------------------------------------|------------------------|---------------------|---------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
|  <div>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</div>                                            |                   |                          |                                                    |                        | Versión             | 3             |                         |  <div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div> |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                        | Fecha de aprobación | 2/15/2018     |                         |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                        | Código:             | 04-02-FO-0002 |                         |                                                                                                                              |    |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | ROSA MARIA BURBANO SAAVERDA                        |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          | C.C                                                | X                      | C.E                 | No.           |                         | 52027039                                                                                                                     |    |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                          | burbano1970@hotmail.es                             |                        |                     | CELULAR:      |                         | 3203751158                                                                                                                   |    |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    |                        |                     | SUBRED        |                         |                                                                                                                              |    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          | A USU ATENCION AL USUARIO USS OCCIDENTE DE KENNEDY |                        |                     | SEDE:         |                         | SUBRED                                                                                                                       |    |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                        |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10002           | 100                      |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A     |                                                    |                        | TIPO DE CUENTA:     |               | AHORRO                  |                                                                                                                              |    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                          | 570058958                                          |                        |                     |               | PENSIONADO              |                                                                                                                              | NO |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                   |                          |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 779                      |                                                    |                        | VIGENCIA            |               |                         | 2024                                                                                                                         |    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 2507              | FECHA                    | 2024-11-30 07:02:30.000                            | NÚMERO DE CRP          | 72136               | FECHA         | 2024-11-30 22:16:25.000 |                                                                                                                              |    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                          | DESDE                                              | FECHA INICIAL          |                     | HASTA         | FECHA FINAL             |                                                                                                                              |    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    | 2024-11-01             |                     |               | 2024-11-30              |                                                                                                                              |    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                          |                                                    | \$1,851,816            |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                    |                        |                     | \$18,515,160  |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                        |                     | \$18,515,160  |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                          |                                                    |                        |                     | \$1,851,816   |                         |                                                                                                                              |    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                          |                                                    |                        |                     | \$0           |                         |                                                                                                                              |    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                          |                                                    |                        |                     | \$0           |                         |                                                                                                                              |    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                          |                                                    |                        |                     | 100%          |                         |                                                                                                                              |    |
| 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           |                                                                                                                              |    |
| 9476267749                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526         | \$113,566                |                                                    | \$145,364              | 3                   | \$22,132      | \$281,062               |                                                                                                                              |    |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                           |                   |                          |                                                    |                        |                     |               |                         |                                                                                                                              |    |
| MARCELA CASTELLANOS CABRERA<br>39788222<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                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar acompañamiento al PPL y la guardia desde el ingreso por los servicios de consulta externa y/o urgencias                  | Realizar acompañamiento al PPL y la guardia desde el ingreso por los servicios de consulta externa y/o urgencias                  | Realizar acompañamiento al PPL y la guardia desde el ingreso por los servicios de consulta externa y/o urgencias                  |
| Acompañar en el proceso de admisión y facturación para que se dé prioridad teniendo en cuenta el tipo de población                | Acompañar en el proceso de admisión y facturación para que se dé prioridad teniendo en cuenta el tipo de población                | Acompañar en el proceso de admisión y facturación para que se dé prioridad teniendo en cuenta el tipo de población                |
| Realizar consulta en bases de datos como Adres, Comprobador de derechos, bases de datos del Inpec, Contraloría y Registraduría    | Realizar consulta en bases de datos como Adres, Comprobador de derechos, bases de datos del Inpec, Contraloría y Registraduría    | Realizar consulta en bases de datos como Adres, Comprobador de derechos, bases de datos del Inpec, Contraloría y Registraduría    |
| Realizar programación y asignación de citas para las brigadas de atención                                                         | Realizar programación y asignación de citas para las brigadas de atención                                                         | Realizar programación y asignación de citas para las brigadas de atención                                                         |
| Solicitar las respectivas autorizaciones para la atención de la población PPL                                                     | Solicitar las respectivas autorizaciones para la atención de la población PPL                                                     | Solicitar las respectivas autorizaciones para la atención de la población PPL                                                     |
| Gestionar la apertura de agenda en otras unidades, para dar cumplimiento a los tiempos establecidos                               | Gestionar la apertura de agenda en otras unidades, para dar cumplimiento a los tiempos establecidos                               | Gestionar la apertura de agenda en otras unidades, para dar cumplimiento a los tiempos establecidos                               |
| Realizar gestión de citas extras o adicionales de manera directa con cada área                                                    | Realizar gestión de citas extras o adicionales de manera directa con cada área                                                    | Realizar gestión de citas extras o adicionales de manera directa con cada área                                                    |
| Dar respuesta a las solicitudes a través de correo electrónico a los casos remitidos de todas las zonas penitenciarias            | Dar respuesta a las solicitudes a través de correo electrónico a los casos remitidos de todas las zonas penitenciarias            | Dar respuesta a las solicitudes a través de correo electrónico a los casos remitidos de todas las zonas penitenciarias            |
| Gestionar la entrega de medicamentos de manera oportuna y completa                                                                | Gestionar la entrega de medicamentos de manera oportuna y completa                                                                | Gestionar la entrega de medicamentos de manera oportuna y completa                                                                |
| Enviar las historia clínica y epicrisis a las zonas penintensarias                                                                | Enviar las historia clínica y epicrisis a las zonas penintensarias                                                                | Enviar las historia clínica y epicrisis a las zonas penintensarias                                                                |
| Realizar orientación y direccionamiento a las familias de la PPL                                                                  | Realizar orientación y direccionamiento a las familias de la PPL                                                                  | Realizar orientación y direccionamiento a las familias de la PPL                                                                  |
| Realizar el acompañamiento en otras unidades de la Subred cuando se programan brigadas de atención a PPL                          | Realizar el acompañamiento en otras unidades de la Subred cuando se programan brigadas de atención a PPL                          | Realizar el acompañamiento en otras unidades de la Subred cuando se programan brigadas de atención a PPL                          |
| Solicitar permisos de ingreso a la zona penitenciaria para brigadas de vacunacion y seguimientos a casos de TBC y acompañamientos | Solicitar permisos de ingreso a la zona penitenciaria para brigadas de vacunacion y seguimientos a casos de TBC y acompañamientos | Solicitar permisos de ingreso a la zona penitenciaria para brigadas de vacunacion y seguimientos a casos de TBC y acompañamientos |
| Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato | Todas las demás actividades que sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato |

MARCELA CASTELLANOS CABRERA  
39788222  
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