

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------|---------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
|                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                             |               | Versión<br>3                     |               |  |            |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                      |                          |                                             |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                             |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |            |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | alicia rojas montoya                        |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          | C.C                                         | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 39798328   |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                      |                          | aliciarojasmontoya@hotmail.com              |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 6017163238 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                             |               |                                  | SUBRED        |                                                                                     |            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          | U. ESP UCI ADULTOS USS OCCIDENTE DE KENNEDY |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo      | %                        |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | KE10J02              | 100                      |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          | BANCO DAVIVIENDA S.A |                          |                                             |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                          | 570450770039391                             |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |                      |                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                      | 5173                     |                                             |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |            |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 1621                 | FECHA                    | 2025-08-11 11:43:31.000                     | NÚMERO DE CRP | 36527                            | FECHA         | 2025-08-22 00:00:00.000                                                             |            |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      | AUXILIAR DE ENFERMERIA   |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                      |                          | DESDE                                       | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |            |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                             | 2025-09-01    |                                  |               | 2025-09-30                                                                          |            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                      |                          |                                             | \$1,936,368   |                                  |               |                                                                                     |            |
| 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:                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                             |               |                                  | \$4,910,076   |                                                                                     |            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                             |               |                                  | \$2,627,928   |                                                                                     |            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                          |                                             |               |                                  | \$1,936,368   |                                                                                     |            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                      |                          |                                             |               |                                  | \$0           |                                                                                     |            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                      |                          |                                             |               |                                  | \$2,282,148   |                                                                                     |            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                      |                          |                                             |               |                                  | 54%           |                                                                                     |            |
| 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 |                                                                                     |            |
| 1075006676                                                                                                                                                                                                                                                   | \$908,526            | \$113,566                | \$145,364                                   | 3             | \$22,132                         | \$281,062     |                                                                                     |            |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.                                                                                                                                          |                      |                          |                                             |               |                                  |               |                                                                                     |            |
| BLANCA CECILIA GARCIA VELA<br>51976371<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                                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>ACTIVIDADES BÁSICAS:</b> 1. Portar con los elementos básicos para el desarrollo de sus actividades.-2.Preparar oportunamente los elementos de acuerdo al tipo de procedimiento.-3.Ejecutar con criterio, actividades según tratamiento médico y de enfermería, planeando y ejecutando cuidados de enfermería según necesidades y prioridades del paciente.-4.Realizar procedimientos básicos, teniendo en cuenta la técnica adecuada.-5.Arreglar la unidad, mantener el orden y aseo de la misma. -6.Preparar al paciente, colaborar en los exámenes de diagnóstico y tratamientos especiales.-7.Asistir oportunamente al paciente en la alimentación, eliminación, deambulaci3n y traslados.-8.Realizar cálculo y control de líquidos, administrados y eliminados. -9. Realizar personalmente las actividades objeto del contrato para lo cual fueron contratadas y responder por el ejercicio de las actividades delegadas sin que quede exento de la responsabilidad que le incumbe por la correspondiente a sus subordinados.-10. Dedicar la totalidad del tiempo para el cumplimiento de sus actividades.</p> | <p>1-Porta uniforme y elementos necesarios para el cumplimiento de las actividades. 2- Realizar procedimiento basicos de enfermeria a pacientes asignados. 3- Preparar paciente para exámenes especiales y/o medios diagnosticos 4- Asistir al paciente en sus actividades basicas</p> | <p>PRODUCTOS ENTREGADOS</p>                                                             |
| <p>" REGISTROS OPORTUNOS SIN ENMENDADURAS, CRONOLOGIA, NOMBRE, FIRMA LEGIBLES Y VERACES: 11. Efectuar oportuna y claramente, registros de todos los cuidados de enfermería.-12.Registrar en Notas de Enfermería, el estado clínico del paciente y actividades realizadas. 13. Llenar a cabalidad los formatos de historias clínicas, escribiendo en las Notas de Enfermería su nombre claro y manteniendo identificadas las Historias Clínicas de acuerdo con lo establecido con las normas legales, los procedimientos de auditoría y el manual de historias clínicas de la Institución, respaldando toda actuación con su nombre y sello.-14.Custodiar y cuidar la documentación e información que en su cargo conserve bajo su cuidado o a la cual tenga acceso e impedir o evitar la sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebida. 15. Elaborar guías, informes, protocolos u otros informes solicitados en el cumplimiento de sus actividades. "</p>                                                                                                                                               | <p>1-Realiza registros en forma clara y ordenados cronologicamente</p>                                                                                                                                                                                                                 | <p>1-Lista de verificacion</p>                                                          |
| <p>RECIBO Y ENTREGA DE TURNO: 16. Recibir y entregar la información detallada de cada uno de los pacientes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1-Realizar recibo y entrega de turno</p>                                                                                                                                                                                                                                            | <p>1- Libro de recibo y entrega de turno con asignacion diaria</p>                      |
| <p>RELACIONES INTERPERSONALES, TRABAJO EN EQUIPO, COMUNICACIÓN ASERTIVA, HUMANIZACION SERVICIO, NECESIDADES DEL EQUIPO: 17. Atender las necesidades del equipo de trabajo.-18.Explicar procedimientos al paciente y/o a la familia.-19.Respetar los derechos del paciente y cumplir el código de ética de enfermería y todas las disposiciones legales pertinentes que como servidores en el área de la salud están obligados, tanto en Servicios Ambulatorios, como en Urgencias y Hospitalización.-20. Tratar con respecto, imparcialidad y rectitud a las personas con que tenga relación por razón de su cargo.-21. Cumplir con las disposiciones que sus superiores jerárquicos adopten en ejercicio de sus atribuciones, atender los requerimientos y citaciones del jefe inmediato o de las autoridades competentes.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1-Aplicar protocolo de bienvenida al paciente que ingresa al servicio</p>                                                                                                                                                                                                           | <p>1-Bitacora y/o lista de verificacion</p>                                             |
| <p>"EPIDEMIOLOGIA, ASEPSIA Y BIOSEGURIDAD: 22. Aplicar los principios de técnica aséptica.-23. Aplicar las normas universales de Bioseguridad, en el manejo de fluidos.-24. Cumplir con la presentación del reglamento de higiene y seguridad y con la ejecución del programa de Salud Ocupacional, ejecutando procedimientos seguros de trabajo según actividad a realizar en la Institución. Así como acogerse al programa de Salud Ocupacional Institucional y a los planes de emergencia y evacuación del Hospital y a los planes de contingencia del área de mantenimiento. "</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <p>1-Usa los elementos de proteccion personal 2-Realiza aseo y desinfeccion de camas,camillas e inmobiliario de paciente</p>                                                                                                                                                           | <p>1-Anecdotario 2-Lista de verificacion aseo y desinfeccion</p>                        |
| <p>MANEJO, USO CUSTODIA DE RECURSOS FISICOS, INSUMOS, EQUIPOS E IDENTIFICACION: 25. Vigilar e informar faltantes del inventario.-26.Mantener el orden, limpieza y buen manejo de los equipos de materiales.-27. Velar por la adecuada y racional utilización de los recursos de la Institución y demás equipos y elementos del Hospital que sean destinados para el cumplimiento de sus actividades contractuales.-28. Portar el Carnet de la institución durante la prestación de servicio según los parámetros de la institución.29. Salvaguardar los bienes que se entregan para el desempeño de las funciones y registrando y controlando los formatos establecidos para esta función. -30. Gestionar de acuerdo a los procedimientos establecidos los cambios de ubicación, traslados, reintegros o pérdidas de los bienes bajo el marco normativo.-31.Utilizar los bienes y recursos asignados para el empleo a su cargo o la información reservada en forma exclusiva para los fines que correspondan.</p>                                                                                                        | <p>1-Realizar inventarios asignados por el jefe inmediato 2-Custodia historias clinicas de pacientes asignados</p>                                                                                                                                                                     | <p>1-Libro de inventario 2-Registro del traslado de historias clinicas de la unidad</p> |
| <p>CAPACITACION, EDUCACION CLINICA E INVESTIGACION PERMANENTE: 31. Asistir a todas las capacitaciones programadas por la institución. 32. Participar enel diagnóstico de necesidades de capacitación al interior de su área, para su posterior realización.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <p>1-Asiste a las capacitaciones programadas en la USSK</p>                                                                                                                                                                                                                            | <p>1-Formato de asistencia de capacitacion</p>                                          |

BLANCA CECILIA GARCIA VELA  
51976371  
Supervisor

---

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

Copia Certificada  
Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**  
**LASUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ALICIA ROJAS MONTOYA**

**C.C39798328**

La suma de \$ 1,936.368 (Un millón novecientos treinta y seis mil trescientos sesenta y ocho pesos), por concepto de: PRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA EN EL AREA DE UCI ADULTOS EN LA UNIDAD DE KENNEDY durante el periodo de 01 al 31 de octubre del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5173- 2025

*ALICIA ROJAS*

**ALICIA ROJAS MONTOYA**

**C.C39798328**

**DE A HORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0570450770039391**



# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte2025-10-25, 12:39:18 PMTipo PlanillaINúmero Planilla1075856625Referencia pago(PIN)8822913999

Periodo Cotización202509Periodo Servicio202509

Cliente:

## PAGADA 2025-10-25 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

|                     |                      |  |  |                    |                       |                 |   |
|---------------------|----------------------|--|--|--------------------|-----------------------|-----------------|---|
| Razón Social        | ALICIA ROJAS MONTOYA |  |  |                    |                       |                 |   |
| Documento           | CC 39798328          |  |  | Dirección          | DG 66B SUR #19 A - 77 |                 |   |
| Tipo de Empresa     | INDEPENDIENTE        |  |  | Teléfono           | 3138758567            |                 |   |
| Tipo Persona        | NATURAL              |  |  | Forma Presentación | ÚNICO                 | Total Afiliados | 1 |
| Ciudad              | BOGOTA D.C.          |  |  | Departamento       | BOGOTA D.C.           |                 |   |
| Representante Legal |                      |  |  | Identificación     |                       |                 |   |

### II. DATOS DEL AFILIADO

|                |             |    |           |  |           |   |                      |                              |                   |                   |
|----------------|-------------|----|-----------|--|-----------|---|----------------------|------------------------------|-------------------|-------------------|
| Documento      | CC 39798328 |    | Residente |  | Exonerado | N | Apellidos y Nombres  | Código Ciudad - Departamento | Centro de Trabajo | Ubicación Laboral |
| Tipo Cotizante | 59          | 00 |           |  |           |   | ROJAS MONTOYA ALICIA | 11001000 - 11                |                   | BOGOTA D.C.       |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | Extranjero | Tipo salario | Salario | Pensión  |          |          |              |            |                  | Salud        |            |                  |                  |                   |            | Riesgos          |              |            |              |            | Caja       |              |              |           | Parafiscales   |            |            |         |             |             |             |             |             |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------|--------------|---------|----------|----------|----------|--------------|------------|------------------|--------------|------------|------------------|------------------|-------------------|------------|------------------|--------------|------------|--------------|------------|------------|--------------|--------------|-----------|----------------|------------|------------|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| ING       | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |            |              |         | Días AFP | Días EPS | Días AFP | Días EPS     | Código AFP | Código Tras. AFP | Tarifa AFP   | IBC        | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSFS | Código EPS | Código Tras. EPS | Tarifa EPS   | IBC EPS    | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL   | IBC ARL   | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |            |              |         |          |          |          |              |            |                  |              |            |                  |                  |                   |            |                  |              |            |              |            |            |              |              |           |                |            |            |         |             |             |             |             |             |
|           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     | 0   | 30  | 30         | 30           | 0       |          |          |          | \$ 1.423.500 | 25-14      | 16 %             | \$ 1.423.500 | \$ 227.800 | \$ 0             | \$ 0             | EPS037            |            | 12,5 %           | \$ 1.423.500 | \$ 178.000 | \$ 0         | 14-23      | 3          | 2,436 %      | \$ 1.423.500 | \$ 34.700 | NIN-CC         | 2 %        | \$ 0       | \$ 0    | 0 %         | \$ 0        | 0 %         | \$ 0        |             |

### IV.TOTALES

|                       |                   |                    |                     |                       |                     |                    |                    |                    |                   |             |
|-----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|-------------------|-------------|
| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSFS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
| COLPENSIONES          | FSP SOLIDARIDAD   | FSP SUBSISTENCIA   | NUEVA EPS S.A.      | POSITIVA DE SEGUROS   | NINGUNA CCF         | SENA               | ICBF               | ESAP               | MEN               |             |
| \$ 227.800            | \$ 0              | \$ 0               | \$ 178.000          | \$ 34.700             | \$ 0                | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0               | \$ 0              |             |

