

|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------|-----------------------------------|------------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
|                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        | 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:                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           | JESSICA JULIETTE GARAVITO TABORDA |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                           | C.C                               | X                      | C.E                              | No.        |                                                                                     | 1033814343                 |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                           | jess.jgt44@gmail.com              |                        |                                  | CELULAR:   |                                                                                     | 3115072658                 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                                   |                        |                                  | SUBRED     |                                                                                     |                            |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           | ESTERILIZACION BOSA               |                        |                                  | SEDE:      |                                                                                     | SUBRED                     |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                                    | Centro de costo   | %                         |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      | BO35N05           | 100                       |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                                  | BANCO DE BOGOTA   |                           |                                   |                        | TIPO DE CUENTA:                  |            | AHORRO                                                                              |                            |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                            |                   |                           | 75628537                          |                        |                                  |            | PENSIONADO                                                                          | NO                         |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                             |                   |                           |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                           | 4178                              |                        |                                  | VIGENCIA   |                                                                                     | 2025                       |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                        | 1777              | FECHA                     | 2025-08-27<br>10:59:04.000        |                        | NÚMERO DE CRP                    | 38852      | FECHA                                                                               | 2025-09-10<br>00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                                 |                   | INSTRUMENTADOR QUIRURGICO |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                           | DESDE                             |                        | FECHA INICIAL                    |            | HASTA                                                                               | FECHA FINAL                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        | 2025-07-01                       |            |                                                                                     |                            |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                           |                                   |                        | \$3,960,192                      |            |                                                                                     |                            |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                                    |                   | Administrativo            |                                   | 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:                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        | \$12,994,380                     |            |                                                                                     |                            |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        | \$8,786,676                      |            |                                                                                     |                            |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                           |                                   |                        | \$3,960,192                      |            |                                                                                     |                            |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                           |                                   |                        | \$0                              |            |                                                                                     |                            |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                                   |                   |                           |                                   |                        | \$4,207,704                      |            |                                                                                     |                            |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        | 68%                              |            |                                                                                     |                            |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                              |                   |                           |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                          |                   |                           |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                                   | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC  |                                   | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL                        | APORTE ARL | TOTAL APORTES                                                                       |                            |
| 33755966                                                                                                                                                                                                                                                             | \$1,980,096       | \$247,512                 |                                   | \$316,815              | 3                                | \$48,235   | \$612,562                                                                           |                            |
| Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br><div style="text-align: center;">           jose miguel peralta zabaleta<br/>           17956572<br/>           Supervisor         </div> |                   |                           |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021                     |                   |                           |                                   |                        |                                  |            |                                                                                     |                            |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                     | PRODUCTOS                                                                                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| a) Específicas. 1) Realizar las actividades, procedimientos e intervenciones en sala de cirugía para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cada paciente                                                                                                                                  | Coordinadora de la central de Bosa                                                                                                                                                              | Actas de socialización firmadas                                                                                                                                        |
| 2) Velar por la esterilización del instrumental y equipos utilizados en salas de cirugía                                                                                                                                                                                                                             | Revisar los formatos de registro de la trazabilidad del proceso, enviar la trazabilidad de la reprocesamiento de los DM, de las unidades de Bosa                                                | Escáner de Formatos semanal y correo con envío de la trazabilidad de la reprocesamiento los primeros 5 días de cada mes.                                               |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes                                                                                                                                                                                                       | Asistir a los análisis de casos convocados, acciones de mejora del servicio.                                                                                                                    | Acta de asistencia y realización de acción de mejora con evidencia de socialización.                                                                                   |
| 4) Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones en el sistema de información de la Subred; así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Instrucciones al personal de esterilización de la central Bosa. Realizar el pedido por dinámica de los insumos requeridos por el servicio de Bosa.                                              | Actas de seguimiento, pedido de solicitudes al almacén según bodega de unidad                                                                                          |
| 5) Participar en la programación de las actividades de la Subred.                                                                                                                                                                                                                                                    | Se realiza capacitaciones al personal de esterilización, inducción a los colaboradores. Enviar la información a la referente de esterilización para alimentar los indicadores                   | Actas de inducción y capacitaciones, correos con información de los resultados de indicadores                                                                          |
| 6) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.                                                                                                                                                                                                                     | Realizar seguimiento a las actividades por ambiente en la central de esterilización de Bosa. Seguimiento a las remisiones de los pacientes programados. Acompañamiento en las entregas de turno | Formatos al día, supervisión de remisiones para recibir y devolver de casas comerciales, recorrido con el personal en las entregas de turno por cada área del servicio |
| 7) Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.                                                                                                                              | Control e inventarios del stock, según fechas acordadas con las casas comerciales. Envíos a las demás unidades según solicitud a necesidad de las cirugías                                      | Reposiciones completas e informes de inventarios firmados, solicitud de ticket para envío de dispositivos médicos y retorno de los mismos de las diferentes unidades   |
| <p>jose miguel peralta zabaleta<br/>17956572<br/>Supervisor</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |
| <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p>                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |