
 <p style="text-align: center;"><b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b></p>	Versión	3	
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		leydy katherine sanchez jabonero					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1012390236		
CORREO ELECTRONICO:	leidyk_92@hotmail.com			CELULAR:	3125629040		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT ENFERMERIA PYD USS VILLA JAVIER		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488446394535			PENSIONADO	NO	

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO		5808		VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	164	FECHA	2025-01-20 17:27:32.000	NÚMERO DE CRP	4878	FECHA	2025-01-20 18:10:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2025-01-01			2025-01-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,746,912			
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:	\$12,866,064
VALOR EJECUTADO	\$5,259,597
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,746,912
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$7,606,467
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	41%

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
7934254785	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiocerebrovascular, ruta de cancer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas	tener en cuenta la disponibilidad de las agendas de acuerdo a cada profesional y considerar los tiempos de atención según requiera el usuario	Estar pendiente de la agenda del profesional que se me sea asignado
2. Brindar informacion al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Brindar un servicio en salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento de acuerdo a la ruta de pyd que pertenezca	Brindar información según ciclo de vida del usuario
3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interes en salud pública con la debida precritica	brindar información acerca de todos los eventos y notificaciones que se encuentren de apoyo, e interés acerca de la salud pública, y realizando su precritica	brindar información acerca de salud pública al equipo de trabajoO
4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública	brindar información al equipo de trabajo por medio de diapositivas
5. Responder por lo inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este	Participo en la elaboración y diligenciamiento de manera clara completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad	Firmar acta de entrega de inventario del consultorio
6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	Realizar revisión de consultorios a diario verificar papelería y verificar insumos para prestación de la consulta con cada paciente	registro en carpeta de entrega de insumos y supervisión de los mismos
7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	Mantener los productos para su respectiva limpieza y desinfección, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso de vacunación	registro en formato de limpieza y desinfección
8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomedicos	participo en las diferentes reuniones que sean asignadas por parte del líder inmediato	acta reuniones, firmadas en cada actividad
9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	participo en la actualización de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	actas reuniones, firmada en cada actividad
10. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	la confidencialidad de la historia clínica del usuario no divulgando a los demás ni a los colaboradores como practica del decálogo de humanización	Privacidad, respeto y confidencialidad según los protocolos
11 Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y especificos	participo en la actualización de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	actas reuniones, firmada en cada actividad
12. Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	conozco y aplico las normas de bioseguridad plan de gestión ambiental y manual el higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contra actua	practicar seguras, política de seguridad del usuario, política ambiental, clasificación de residuos
13 Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	reporto de forma oportuna cuando evidencio algún riesgo que pueda generar un evento adverso al usuario durante la prestación del servicio	aplicativo, seguridad al paciente
14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras	Identificar el tipo de atención requerida de acuerdo a las actividades propias de consulta extern	asignación de citas según ciclo de vida del paciente
15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado.	Identificar el tipo de atención requerida de acuerdo a las actividades propias de consulta externa	manual de funciones
.16. Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 200217. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	según el resultado de los respectivos seguimientos telefónicos y en el sistema de información (dinámica) se deja un registro con seguimiento efecto o no teniendo en cuenta el programa asignado	registro en base sobre los seguimientos realizados día a día

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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**  
**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE**  
**E.S.E NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A: LEYDY KATHERINE SANCHEZ**  
**JABONERO CC 1012390236 DE BOGOTA**

La suma de \$ **1.746.912 (UN MILLON SETESCIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS DOCE PESOS)** por concepto de Prestación de servicios de salud como auxiliar de enfermería en la dirección de servicios ambulatorios en la unidad del Centro de salud Villa Javier durante el periodo del **01 al 31 de enero** del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5808- 2024**.

*Leidy Sanchez*

---

**LEIDY KATHERINE SANCHEZ JABONERO**

**CC 1012390236 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORRO DAVIVIENDA**

**NUMERO 0550488446394535**

- 1 Información general
- 2 Condiciones
- 3 Bienes y servicios
- 4 Documentos del Proveedor
- 5 Documentos del contrato
- 6 Información presupuestal
- 7 **Ejecución del Contrato**
- 8 Modificaciones del Contrato
- 9 Incumplimientos

### Datos guardados

Cancelar Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

#### Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

#### Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

#### Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> JULIO 2024 KATHERINE SANCHEZ.pdf	JULIO 2024 KATHERINE SANCHEZ.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> AGOSTO 2024 KATHERINE SANCHEZ.pdf	AGOSTO 2024 KATHERINE SANCHEZ.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> septiembre 2024 leidy sanchez.pdf	septiembre 2024 leidy sanchez.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> octubre2024leidy sanchez.pdf	octubre2024leidy sanchez.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> NOVIEMBRE 2024.pdf	NOVIEMBRE 2024.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> diciembre2024 KATHERINE.pdf	diciembre2024 KATHERINE.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		leydy katherine sanchez jabonero					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1012390236		
CORREO ELECTRONICO:	leidyk_92@hotmail.com			CELULAR:	3125629040		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT ENFERMERIA PYD USS VILLA JAVIER		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A38	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488446394535			PENSIONADO	NO	

**INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

NÚMERO DE CONTRATO		5808		VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2652	FECHA	2024-12-15 16:09:19.000	NÚMERO DE CRP	80271	FECHA	2024-12-15 23:00:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2024-12-01			2024-12-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$1,746,912			
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:	\$9,687,376
VALOR EJECUTADO	\$3,512,685
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$1,746,912
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$6,174,691
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	36%

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
7924734625	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Realizar seguimiento a las diferentes rutas establecidas por la subred Ruta de promoción y mantenimiento de la salud, ruta materno perinatal, ruta cardiocerebrovascular, ruta de cancer, ruta de alteraciones nutricionales, ruta enfermedades respiratorias, ruta de sustancias psicoactivas	tener en cuenta la disponibilidad de las agendas de acuerdo a cada profesional y considerar los tiempos de atención según requiera el usuario	Estar pendiente de la agenda del profesional que se me sea asignado
2. Brindar informacion al usuario con respecto a los cuidados necesarios para mejorar sus condiciones de vida	Brindar un servicio en salud donde el usuario encuentre el apoyo oportuno para el respectivo mantenimiento de acuerdo a la ruta de pyd que pertenezca	Brindar información según ciclo de vida del usuario
3. Realizar la notificación inmediata y semana de eventos de interes en salud pública con la debida precritica	brindar información acerca de todos los eventos y notificaciones que se encuentren de apoyo, e interés acerca de la salud pública, y realizando su precritica	brindar información acerca de salud pública al equipo de trabajoO
4. Asistir a COVE local de SIVIGILA y sus subsistemas y socializarlo a su equipo de trabajo	proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública	brindar información al equipo de trabajo por medio de diapositivas
5. Responder por lo inventarios de los consultorios a su cargo al igual que el diligenciamiento de seguimiento diario de este	Participo en la elaboración y diligenciamiento de manera clara completa y oportuna de los instrumentos que me sean encomendados para mi actividad	Firmar acta de entrega de inventario del consultorio
6. Verificar el diligenciamiento completo de la agenda de cada uno de los profesionales	Realizar revisión de consultorios a diario verificar papelería y verificar insumos para prestación de la consulta con cada paciente	registro en carpeta de entrega de insumos y supervisión de los mismos
7. Dotar los consultorios de elementos médico quirúrgicos, papelería e Historias Clínicas necesarios para la realización de la consulta	Mantener los productos para su respectiva limpieza y desinfección, tener en la unidad los insumos requeridos para el proceso de vacunación	registro en formato de limpieza y desinfección
8. Realizar limpieza y desinfección de los consultorios y equipos biomedicos	participo en las diferentes reuniones que sean asignadas por parte del líder inmediato	acta reuniones, firmadas en cada actividad
9. Asistir a reuniones programadas por la E.S.E	participo en la actualización de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	actas reuniones, firmada en cada actividad
10. Guardar absoluta reserva de la información que sea conocida en desarrollo del objeto de la orden, ya sea de los particulares o relacionada con la Subred.	la confidencialidad de la historia clínica del usuario no divulgando a los demás ni a los colaboradores como practica del decálogo de humanización	Privacidad, respeto y confidencialidad según los protocolos
11 Conocer y aplicar los lineamientos con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetos generales y especificos	participo en la actualización de procesos y procedimientos inherentes a mi cargo	actas reuniones, firmada en cada actividad
12. Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	conozco y aplico las normas de bioseguridad plan de gestión ambiental y manual el higiene y seguridad industrial necesarias para la ejecución de las actividades propias del objeto contra actua	practicar seguras, política de seguridad del usuario, política ambiental, clasificación de residuos
13 Participar en los procesos de habilitación y/o acreditación implementados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	reporto de forma oportuna cuando evidencio algún riesgo que pueda generar un evento adverso al usuario durante la prestación del servicio	aplicativo, seguridad al paciente
14. Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras	Identificar el tipo de atención requerida de acuerdo a las actividades propias de consulta extern	asignación de citas según ciclo de vida del paciente
15. Participar activamente en la programación de actividades a las que sea convocado.	Identificar el tipo de atención requerida de acuerdo a las actividades propias de consulta externa	manual de funciones
.16. Presentar al supervisor la planilla de pago al sistema de seguridad social integral de acuerdo con lo establecido en el artículo 50 de la ley 783 de 200217. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato..	según el resultado de los respectivos seguimientos telefónicos y en el sistema de información (dinámica) se deja un registro con seguimiento efecto o no teniendo en cuenta el programa asignado	registro en base sobre los seguimientos realizados día a día

IBET JUSSEFF MORA MURCIA  
52973584  
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



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1012390236
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	LEYDY KATHERINE SANCHEZ JABONERO	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 91A NUMERO 39 A 06 TELÉFONO:	3125629
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	7934254785	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: Diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES: Diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/01/09	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	857228454

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VGT	IRP
X																

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
<b>PENSIÓN</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
800229739	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 210.000
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 210.000
<b>SALUD</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
830003564	EPS017	EPS017-FAMISANAR			1	\$ 163.000
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 163.000
<b>RIESGOS PROFESIONALES</b>						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 32.300
<b>SUBTOTAL:</b>					1	\$ 32.300

<b>VALOR SIN MORA:</b>	<b>\$ 405.300</b>
<b>VALOR MORA:</b>	<b>\$ 0</b>
<b>TOTAL PAGADO:</b>	<b>\$ 405.300</b>