

					Versión 3			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA					Fecha de aprobación 2/15/2018			
					Código: 04-02-FO-0002			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Leidy Stefany Mogollon insuasty					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1024540782
CORREO ELECTRONICO:			leidymogollon1024@hotmail.com			CELULAR:		3125972285
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	BO37B01	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BBVA COLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			391329570				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		3815			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	802	FECHA	2025-03-31 11:27:47.000	NÚMERO DE CRP	19224	FECHA	2025-04-04 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- URGENCIOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-04-04			2025-04-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,867,182				
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:						\$32,988,678		
VALOR EJECUTADO						\$4,867,182		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,867,182		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$28,121,496		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						15%		
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		
PRIMER COBRO	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
Maritza Milena Mejia Lozano 52467645 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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución
18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	no aplica	no aplica
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

Maritza Milena Mejia Lozano
52467645
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

SECRETARÍA DE SALUD Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.L.		ENTRENAMIENTO EN ACTIVIDADES ESPECÍFICAS DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE URGENCIAS				Versión: 8 Fecha de aprobación: 18/03/2025 Código: 04-01-FO-0021			
1. Colaborador		Nuevo OPS	☒	Cambio Perfil OPS		Nuevo Planta		Reubicado Planta	
2. Nombres y apellidos del colaborador		Leidy Stefany Mogallón Insuasty							
3. Documento		Tipo de Documento: C.C. ☒ C.E. ☐ Pasaporte ☐ Visa ☐ Número: 1024540782							
4. Perfil o cargo		Especialista en Urgenciología							
5. Dependencia - Proceso - Área		Dirección Servicio de Urgencias							
6. Tipo de Vinculación		ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS OPS ☒ PLANTA ☐ TERCEROS ☐ OTROS ☐ CUAL: _____							
7. Fecha de Ingreso / Reubicación a la Subred		DÍA 11 MES 04 AÑO 2025							
FECHA		RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)		8. DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO		REALIZACIÓN ACTIVIDAD			
						SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
21/04/2025		Dayana Receivo		Entrega de Clave Aula Virtual		☒			
				Se realizó Afiliación a la ARL		☒			
				Entrega de Carta de Presentación al Director/Jefe Correspondiente		☒			
				Entrega de Carnet Institucional		☒			
				Sensibilización Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales (Personal de Planta)				☒	
FECHA		RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)		9. OFICINA SISTEMAS DE INFORMACIÓN		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
				Entrega de usuario y contraseña					
				Sensibilización formatos de historia clínica correspondientes					
				Sensibilización acuerdos de confidencialidad					
				Firma digital					
FECHA - Entrenamiento Procesos Transversales (Encuentro de Aprendizaje Virtual)		RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)		10. ACTIVIDADES PROCESOS TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO (ASISTENCIAL - ADMINISTRATIVO) (Este espacio debe diligenciarse después de la asistencia al Encuentro de Aprendizaje Virtual - Entrenamiento en Actividades Específicas que se realiza por medio de la Plataforma Teams. El cual es en horario de 7:00am a 12:30pm)		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
				Humanización		☒			
				Entrenamiento Seguridad y Salud en el Trabajo		☒			
				Plan Hospitalario de Gestión del Riesgo de Desastres		☒			
				Participación y Atención al Usuario		☒			
				Gestión de la Tecnología		☒			
				Programa de la Prevención de Infecciones asociadas a la Atención en Salud - IAAS		☒			
				Proceso de Notificación Eventos en Salud Pública		☒			
				Seguridad de Paciente - Hemovigilancia - Reactivovigilancia - Farmacovigilancia		☒			
				Gestión Documental		☒			
				Estrategia Instituciones Amigas de la Mujer y de la Infancia Integral - IAMMI		☒			
11. DIRECCIONES / OFICINAS									
INFORMACIÓN DE UBICACIÓN DEL COLABORADOR (exclusivo diligenciamiento por las Direcciones / Oficinas)									
Lugar de Ubicación Colaborador									
Servicio donde va a desarrollar actividades									
Fecha de Inicio del Entrenamiento (D/M/A)									
Fecha de Finalización (D/M/A)									
12. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO									
FECHA		RESPONSABLE (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)		ACTIVIDADES TRANSVERSALES PARA TODO EL TALENTO HUMANO INCLUYENDO LOS PERFILES NO RELACIONADOS EN EL FORMATO		SI	NO	N/A	OBSERVACIONES
				Se verificó con el colaborador la realización del entrenamiento de talento humano		☒			
				Se realizó recorrido por el lugar y presentación del personal		☒			
				Se indicó el lugar exacto donde va a desarrollar las actividades y se entrega de los elementos necesarios.		☒			
				Si el lugar de trabajo es compartido, se explicó que hacen las otras personas y su nivel de corresponsabilidad frente a sus actividades		☒			
				Se explicó cuál es el conducto regular para tratar asuntos relacionados con sus actividades y/o funciones y asuntos personales.		☒			
				Conocimiento del mapa de procesos de la subred y ubicación dentro del mismo de la Dirección a la que pertenece		☒			
				Ruta de atención integral en salud Resolución 3280 de 2018 (EX-11-02-RES-3280-2018)		☒			
				Protocolo de Bienvenida al Paciente (07-01-PT-0004)		☒			
				Portafolio de servicios (https://www.subredsuoccidente.gov.co/)		☒			
				Programa de humanización (02-04-PG-0001) y política de humanización (01-01-OD-0006)		☒			
				Adherencia lavado de manos (02-02-FO-0046)		☒			
				Manual de manejo y diligenciamiento de historia clínica (14-06-MA-0001)		☒			
				Ruta de acceso y manejo adecuado al sistema de historia clínica		☒			

		Ruta de acceso a la intranet/Almera para verificación de documentos guías, Procesos, procedimientos, matriz de riesgos, formatos y demás documentos propios del servicio ☒				
		Manual de Bioseguridad (02-02-MA-0001) ☒				
		Gestión del Riesgo en salud (Riesgos de los procesos, riesgos de las no atenciones y riesgo del mal diligenciamiento de los formatos y registros asistenciales) ☒				
		Procesos de auditoría interna y externa que están relacionados con su proceso. ☒				
		Información sobre programas de P y D ☒				
		Programa de Responsabilidad social de la subred (02-00-PG-0001) ☒				
		Eventos de interés en salud pública, qué, cómo, cuándo y a quién se debe notificar, el diligenciamiento correcto y claro de las fichas de notificación ☒				
		Manual de Referencia y contrarreferencia 09-03-PR-0003 ☒				
		RES-0045-2022 Por el cual se adoptan las normas nacionales y distritales para la atención en salud con enfoque diferencial Código Almera 02-05-RES-0045-2022 ☒				
13. JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO						
JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Nombres y Apellidos Completos de la persona que realiza el entrenamiento)						
CARGO JEFE INMEDIATO O SUPERVISOR DE CONTRATO O ASIGNADO (Describe el perfil del tutor laboral asignado para realizar el entrenamiento)						
FECHA ENTRENAMIENTO	SERVICIO	PERFIL	URGENCIAS	SI NO N/A	OBSERVACIONES	
	URGENCIAS	Médico Profesional en Enfermería Auxiliar de enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención	☒		
			Guías de práctica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias	☒		
			Procedimiento de atención en urgencias	☒		
			Manual del Triage	☒		
			Procedimiento de Central de referencia y atención en traslados	☒		
			Buenas prácticas en seguridad del paciente	☒		
	TRANSPORTE MEDICALIZADO	Médico Auxiliar de enfermería	Modelo Distrital de atención en salud- rutas de atención			
			Procedimiento de atención en urgencias / CICLO DE ATENCIÓN EN URGENCIAS			
			Guías de práctica de acuerdo a las primeras 10 causas de morbilidad en urgencias			
			Procedimiento de traslados internos, referencia, y contrarreferencia			
		Conductor de Ambulancia	Buenas prácticas en seguridad del paciente priorizadas para servicios de urgencias			
			Procedimiento para revisión del vehículo para garantizar la operación diaria del mismo			
			Actividades de apoyo a la auxiliar de enfermería para traslados			
			Diligenciamiento de formatos de control			
			Programación para asistencia a capacitación en seguridad del paciente			
			Procedimiento para el mantenimiento de las móviles			
	Radioperador Auxiliar y bachiller	Conocer el procedimiento de referencia y contrarreferencia				
		Procedimiento de traslados internos				
		Manejo de base de datos sirc				
		Manejo de bases de datos de traslados internos				
		Establecer criterios de remisión				
		Entrenamiento en seguridad del paciente				
	Mencionar el Servicio	Otros perfiles (describir el perfil)	ACTIVIDADES	SI NO N/A	OBSERVACIONES	
14. VALORACIÓN DEL COLABORADOR			15. VALORACIÓN DEL SUPERVISOR, JEFE INMEDIATO O LÍDER SEDE QUE REALIZÓ EL ENTRENAMIENTO			
Califique de 1 a 5 si la información que se le brindó respecto a sus funciones y/o Actividades, fue clara 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____		Considera que fue completa la información que le brindaron en relación con el manejo de herramientas informáticas y uso de equipos. SI ____ NO ____				
Califique de 1 a 5 si la indicación de la información recibida sobre el sitio donde usted desarrollará sus funciones y/o actividades fue la adecuada. 1 ____ 2 ____ 3 ____ 4 ____ 5 ____		Le suministraron la información y documentos necesarios para su lectura y comprensión del proceso donde realizará sus actividades. SI ____ NO ____				
16. CALIFICACIÓN ENTRENAMIENTO - Marque con una X según su consideración			Bajo	Medio	Satisfactorio	Excelente
17. FIRMA DEL COLABORADOR	18. FIRMA DEL SUPERVISOR O ENCARGADO DEL ENTRENAMIENTO		19. FIRMA Y RECIBIDO TALENTO HUMANO - SUBPROCESO FORMACIÓN Y DESARROLLO			

Leidy Mogollón

Mantra Mejía Forzano
Joder Leide

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

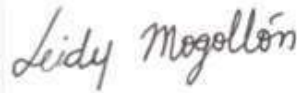
DEBE A:

LEIDY STEFANY MOGOLLON INSUASTY

C.C No. 1024540782 DE BOGOTÁ

La suma de: (\$4.867.182) Cuatro millones ochocientos sesenta y siete mil ciento ochenta y dos pesos m/cte.

Por concepto de: Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Urgencias dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional, en la USS Bosa, durante el periodo de 4 al 30 de abril de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 3815-2025.



LEIDY STEFANY MOGOLLON INSUASTY

C.C No. 1024540782 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BBVA

NUMERO 0391000200329570



CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEIDY STEFANY MOGOLLON INSUASTY identificado(a) con CC 1024540782 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	23/03/2016
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO CALLE 26
Categoría:	B

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en QUIEN , a los 04 días del mes abril del 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Fredy Alexander Caicedo Sierra
Director Operaciones Comerciales
EPS FAMISANAR S.A.S.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MOGOLLON INSUASTY LEIDY STEFANY** identificado(a) con **CC** número **1.024.540.782** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 06 de febrero de 2016 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 17 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025041716594



AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
Nit. 860.002.183 - 9

CERTIFICA QUE

LEIDY STEFANY MOGOLLON INSUASTY identificado(a) con Cédula de Ciudadanía 1.024.540.782, ha estado vinculado con las siguientes empresas:

Numero Afiliacion	Empresa	Estado	Fecha de inicio de cobertura	Fecha de Retiro
2000001847	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD S	ACTIVO	08/04/2025	
700300000150	LEIDY STEFANY MOGOLLON INSUASTY	ACTIVO	03/01/2024	
402423	PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA	RETIRADO	01/02/2022	31/01/2025

Las fechas de ingreso y retiro corresponden a las últimas novedades registradas por el empleador.

Cordialmente,

FREDY CEBALLOS MONTANA
LIDER DE OPERACIONES NO MONETARIOS
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

La presente se expide a través de la página de internet www.axacolpatria.co, el 17 días del mes de abril de 2025

Cualquier información adicional que requieran sobre el particular, pueden solicitarla a través de nuestra línea nacional 018000-512620 ó en Bogotá 4235757.

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente **LEIDY STEFANY MOGOLLON INSUASTY**, identificado(a) con **cédula ciudadanía número 1.024.540.782** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 391329570** abierta el **21 de enero de 2021**, cuenta activa y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, a los **22** días del mes de **abril** del año **2025**.

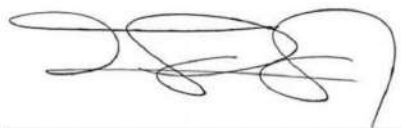
Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0391329570**

Cuenta de 16 dígitos: **0391000200329570**

Cuenta de 20 dígitos: **00130391000200329570**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.