| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | JHON JAIRO SANDOVAL LEON | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1073675790 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | wcm483jhonjairo@gmail.com | | | | CELULAR: | 3045347648 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | EXTENSION HOSPITALARIA EN CASA USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10I18 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 22553879110 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2165 | | | VIGENCIA | 2025 | | |
| NÚMERO DE CDP | 1621 | FECHA | 2025-08-11 11:43:31.000 | NÚMERO DE CRP | 35619 | FECHA | 2025-08-15 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | AUXILIAR DE ENFERMERIA - MOTORIZADO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $2,510,628 | | | | |
| 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: | $22,190,712 |
| VALOR EJECUTADO | $19,680,084 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $2,510,628 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,510,628 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 89% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1075162582 | $1,004,251 | $125,531 | $160,680 | 4 | $24,464 | $310,675 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| 1)Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa. | Cumplo a cabalidad con las actividades afines al perfil bachiller, conforme a lo establecido en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa. | Cumplimiento de la concertacion de actividades mes |
| 2)Atencion de los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes. | Atiendo los pacientes asignados según la Ruta establecida en el Programa de Atencion Hospitalaria en Casa incluyendo el desplazamiento al sitio en el cual se encuentra cada uno de los pacientes. | Enrutamiento y atencion de pacientes entregados por coordinador del programa |
| 3) Recibir y entregar el turno por paciente asignado e informar sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería | Se realiza recibo y entrega de turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas, proporcionando al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería | Se realiza entrega de pacientes en area de PHD, entregando novedades, cambios de venopunciones, traslados de pacientes a area hospitalaria entre otros. |
| 4)Realizar las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | Realizo las actividades de enfermería asignadas por el profesional de enfermería, de acuerdo con los procedimientos y protocolos del servicio. | "Se realiza y registra cambio de venopunciones. Registro de escalas de riesgo." |
| 5)Informar al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | Informo al profesional de enfermería los cambios en la evolución del paciente para tomar medidas oportunas en el manejo clínico del paciente. | "Se entrega registro de los cambios de venopunciones (registro fotografico adjunto pdf). Se informa a coordinador del programa los cambios que presente el paciente dejando registro en historia clinica en dinamica web" |
| 6)Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención. | Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención. | Se reportan dificultades y otros hallazgos clinicos del paciente al coordinador y supervisor del programa |
| 7)Asesorar al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Asesoro sobre el plan de cuidados en casa garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio. | Se informa al paciente y/o cuidador los cuidados y plan de enfermeria a llevar a cabo, dejando registro en historia clinica en dinamica web |
| 8)Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. | Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad. | "Uso adecuado de Elementos de proteccion personal Realizo adecuada segregacion de residuos de acuerdo a las politicas institucionales" |
| 9)Brindar orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | Brindo orientación a los pacientes y sus familiares con relación a sus necesidades y expectativas de acuerdo con las políticas institucionales y las normas vigentes. | "Realizo socializacion de deberes y derechos institucionales, dejando registro en historia clinica Trato humanizado durante la atención" |
| 10)Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio. | Dejo registro de los cambios de venopunciones en aplicativo dinamica y envio soporte fotografico de los mismos |
| 11)Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible. | Realizo entrega de censo de atencion de pacientes de acuerdo a la ruta diaria entregada |
| 12)Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred. | "Trato humanizado Adherencia a guias, protocolos y procedimientos institucionales" |
| 13)Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento. | Entrego de manera diaria atenciones de pacientes para censo mensual de actividades de la coordinacion |
| 14)Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Se realiza revision diaria de inventarios (oximetros, glucometros, fonendoscopios, tensiometros) que hacen parte del programa |
| 15)Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | "Induccion en puesto de trabajo Encuentro de aprendizaje continuo auxiliares de enfermeria mes de ENERO 2025 y Asegurate mes de FEBRERO 2025 tema BUENAS PRACTICAS CONSENTIMIENTO INFORMADO" |
| 16)Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notificos las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Reporte de falta de insumos y falla en los dispositivos, en eventos de seguridad |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 17)Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Realizo revision de los procedimientos y protocolos de venopunción |
| 18)Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales. | Asignacion de actividades de acuerdo a las obligaciones contractuales |
| 19)Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred. | Dejo registros de enfermeria en aplicativo dinamica web de acuerdo a los planes de cuidado, identificacion del riesgo y cuidado y cambio de accesos venosos. |
| 20)Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entro la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrego pago de seguridad social mes de acuredo con el mes a cobrar |
| 21)Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Asignacion de actividades de acuerdo a las obligaciones contractuales |

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JHON JAIRO SANDOVAL LEON
C.C 1073675790 DE BOGOTA

La suma de: ($2.510.628) Dos millones quinientos diez mil seiscientos veintiocho pesos m/cte. Por concepto de: Prestar servicios de apoyo a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de enfermería, 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 como enfermero; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de Programa de Hospitalización Domiciliaria.

De acuerdo con el requerimiento institucional. durante el periodo de 1 al 30 de septiembre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No. 2165-2025.



JHON JAIRO SANDOVAL LEON
C.C 1073675790 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA
NUMERO 22553879110

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-09-29, 12:29:39 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2025 |
| **Empresa** | JHON JAIRO SANDOVAL LEON |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1073675790 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1075162582 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1810428439 |
| **Banco** | (1507) - NEQUI |
| **Valor** | $ 472.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 227.800 | $ 1.500 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 178.000 | $ 1.200 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 34.700 | $ 300 |
| N860007336 | CCF22 | COLSUBSIDIO | 1 | $ 28.500 | $ 200 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 469.000 | $ 3.200 |
| **Total a Pagar:** | | $ 472.200 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!

ARL | sura

Medellín, 30 de septiembre de 2025

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES**
**SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

## CERTIFICA:

Que JHON JAIRO SANDOVAL LEON identificado(a) con cédula de ciudadanía 1073675790 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

**Fecha inicio cobertura:** 16/08/2024 **Fecha fin cobertura:**

### INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

**SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E N900959048**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000004 - RIESGO IV

**CLASE:** 4 **PORCENTAJE:** 4.35% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**
4492102 - TRANSPORTE DE PASAJEROS, INCLUYE EL TRANSPORTE TERRESTRE DE SERVICIOS ESPECIALES DE PASAJEROS POR CARRETERA COMO: TURISMO, SERVICIOS DE VIAJES CONTRATADOS, EXCURSIONES, TRANSPORTE DE TRABAJADORES (ACTIVIDADES DE ASALARIADOS), TRANSPORTE ESCOLAR

### INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**
4869901 - OTRAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE LA SALUD HUMANA, INCLUYE TODAS LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LA SALUD HUMANA QUE NO ESTÁN INCLUIDAS EN NINGUNA DE LAS DEMÁS CLASES DE ESTA DIVISIÓN, EL TRANSPORTE DE PACIENTES EN CUALQUIER TIPO DE AMBULANCIA, INCLUSO EL TRANSPORTE AÉREO, SERVICIOS MEDICALIZADOS PROFESIONALES A DOMICILIO, COMPLEMENTADOS CON ALGUNA DE LAS ACTIVIDADES SIGUIENTES: SERVICIOS DE CUIDADOS PERSONALES, AYUDA DOMICILIARIA Y ACOMPAÑAMIENTO, LAS ACTIVIDADES DE INSTITUCIONES QUE PRESTAN SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD, CON ALOJAMIENTO, QUE CARECEN DE UNA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS TITULADOS, LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS POR PROFESIONALES QUE PROPORCIONAN «MEDICINA TRADICIONAL» O «MEDICINA ALTERNATIVA».

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 4869901

**CLASE DE RIESGO:** 4 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 4.35%

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

## Su pago lo debe realizar con riesgo 4 (4.35 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

***Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:***

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

***Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.***

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C798251152527327044

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 30/09/2025 7.30 AM

Dirección IP: 200.122.246.143, 192.230.104.11, 172.16.42.57