—

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR
CC. 37.321.152 BOGOTA

La suma de **$3.836.436 TRES MILLONES OCHOCIENTOS TREINTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y SEIS PESOS,** por concepto de: prestación de servicios como BACTERIOLOGO para el Laboratorio clínico de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de **01 AL 31 DE DICIEMBRE DEL 2025 de** conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **NO 1586-2025.**



JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR

CC 37.321.152 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORRO BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 4870411321

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		
☐	CUENTA DE COBRO JANNY ENERO 2025.pdf	CUENTA DE COBRO JANNY ENERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Certificado de Cumplimiento febrero 2025.pdf	Certificado de Cumplimiento febrero 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO MARZO.pdf	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO MARZO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	CUENTA DE COBRO MAYO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	certificado equivalente mayo 26-06-2025.pdf	certificado equivalente mayo 26-06-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO EQUIVALENTE JUNIO-2025.pdf	CERTIFICADO EQUIVALENTE JUNIO-2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO EQUIVALENTE AGOSTO.pdf	CERTIFICADO EQUIVALENTE AGOSTO.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO EQUIVALENTE SEP 2025 PDF.pdf	CERTIFICADO EQUIVALENTE SEP 2025 PDF.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO 11-25.pdf	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO 11-25.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO NOV 2025 JANNY.pdf	CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO NOV 2025 JANNY.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	37321152	JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR	AV CRA 14 # 9-48 TORRE 2 APART 1018	3214969066	bacteriologa8a@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91837945	$474.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	191.900	0		0		0	0	0	0	191.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	245.600	0	0	0	0	0	0		245.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	37.400				37.400	0	0	37.400			374	37.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	191.900	191.900
Pensión	1	245.600	245.600
Riesgos Laborales	1	37.400	37.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	474.900	474.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	37321152	JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR		AV CRA 14 # 9-48 TORRE 2 APART 1018	3214969066	bacteriologa8a@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91837945	$474.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	37321152	OCHOA AGUILAR JANNY ESTHER	59	0			N																	25-14	1.535.000	245.600	0	0	0	0	EPS037	1.535.000	191.900	14-11	1.535.000	3	37.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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:	JANNY ESTHER OCHOA AGUILAR						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	37321152	
CORREO ELECTRONICO:	bacteriologa8a@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A D LABORATORIO Y ANÁLISIS CLÍNICO USS 17 TRINIDAD GALÁN				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU41L07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	4870411321				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1586			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	2659	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,836,436				
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:	$42,200,796
VALOR EJECUTADO	$42,200,796
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,836,436
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
91837945	$1,534,574	$191,822	$245,532	3	$37,382	$474,736

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

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
51955048
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. Apoyar la realización de las actividades y procedimientos diagnósticos ordenados por el profesional tratante.	VAGINITIS POR ESTRUCTURAS MICOTICAS, SE DEBE SOLICITAR CULTIVO PARA IDENTIFICACION DE CANDIDA Y ANTIFUNGIGRAMA.	Brindo al paciente la informacion adecuada y correcta con el uso de lenguaje sencillo con el fin que el paciente quede satisfecho con la informacion y a su vez las muestras cumplan con todos los criterios de aceptacion, criterio de acreditacion como indicador (AAU-524-DI-MA-009,AAU-524-DI-PR-028)
2. Apoyar la realización oportuna de exámenes básicos y especializados.	2. Preparar y controlar los reactivos, las sustancias de referencia, soluciones y los medios de cultivo necesarios en el laboratorio y responder por el adecuado uso de los equipos y elementos asignados.	se lleva registro de control de calidad de los reactivos ,control de temperaturas y un cronograma de mantenimiento preventivo para los equipos, hojas de vida donde se consigna todo sobre cada equipo, se registra desempeño del control de calidad en la bitacora del Control de Calidad (AAU-L07C-DI-FT-757 Bitacora Del Desempeño Control Calidad
3. Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio de laboratorio.	3. Orientar y supervisar los procedimientos de la toma de muestras, coloración, montaje y lavado de materiales.	El proceso de toma de muestras se registra en AAU-L07C-DI-FT-579 Instrumento Para Supervisión De Toma De Muestras. La coloración, montaje y lavado de materiale quedan consignadosen la planillas AAU-L07C-DI-FT-596 Lista De Chequeo En Microbiología Y Microscopía
4. Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	4. Garantizar la confidencialidad en los reportes y resultados de los exámenes.	Los resultados y reportes generados en el laboratorio clinico se encuetran de manera sistematizada, permitiendo de esta forma que solo el personal medico que los necesite los encuetre disponibles por sistema, AAU-L07C-DI-FT-058 Entrega Resultados De Laboratorio para HIV de manera confidencial entregados a la jefe para asesoria post test.
5. Entregar el reporte de los resultados de laboratorios a los usuarios en los diferentes servicios de la Subred.	5. Realizar la toma, manejo y análisis de las muestras e informar los resultados aplicando las guías de manejo y los manuales de procedimiento de la entidad, velando porque se respeten los derechos del paciente y criterios éticos de la profesión	Reviso y superviso las condiciones de toma de muestra tales como que los implementos necesarios para la toma de muestra se encuentren al dia, que los tubos de uso no tengan fecha de vencimiento que se cuente con alcohol glicerinado, agujas, torniquetes, alcohol antiséptico, torniquete, escobillones, guantes papel kraf, sabanas y batas para los pacientes de frotis microbiológicos. AAU-L07C-DI-FT-1023 Listado De Reactivos
6. Participar en la programación de actividades de su servicio.	6. Chequear y calibrar diariamente cada uno de los instrumentos antes de realizar las lecturas y llevar un registro de los procedimientos de calibración con el fin de garantizar los procedimientos metodológicos conforme a los criterios de certificación y acreditación vigentes.	Se diligencia según sea el caso registros diarios o semanales tanto de la calibracion de los equipos, el control de calidad que se realizan a las pruebas para garantizar los resultados asi como registros de temperaturas con el fin de garantizar la trazabilidad. Se registra en AAU-L07C-DI-FT-600 Formato De Verificaciòn De Calibraciòn
7. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	7. Realizar pruebas de control de calidad de los análisis clínicos a fin de garantizar la veracidad, precisión y exactitud de los resultados.	Se realiza y registra el control de calidad de cada una de las pruebas que se realizan a diario, se cuenta con un sofware donde se grafica y analiza la tendencia del control. se diligencia según sea el caso registros diarios o semanales en AAU-L07C-DI-FT-383 Información Laboratorio Clinico-Analisis Y Seguimiento
8. 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.	8. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o planes y/o proyectos formulados en el área asignada	Se llevan a cabo todas las funciones asignadas con el fin de optimizar el servicio se evidencia en la estadistica mensual AAU-L07C-DI-FT-027 Consolidado Mensual De Actividades Laboratorio

Copia Certificada Subred Suroccidente

9. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	9. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad.	Se responde de manera integral por todo lo del servicio, en la AAU-L07C-DI-FT-176 Entrega De Turno De Laboratorio Clinico. Se consignan las novedades frente a los daños de los elementos y se solicita mediante correo interno el mantenimiento correctivo correspondiente.
10. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	10. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el desarrollo de su actividad.	Se diligencian todos los registros contemplados para el laboratorio clinico frente a cada area con el fin de dejar evidencia de la labor realizada
11. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	11. Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos Hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud aplicando las técnicas de Bioseguridad.	se aplica la estrategia de las 5`s, se maneja los criterio de clasificacion de residuos, se supervisa el descarte de los residuos hospitalarios por parte de la empres dismacol, durante el turno de la noche, verificando que cumplan con la ruta, se realizan los ejercicios recomendados por salud ocupacional con el fin de preservar un buen estado de salud. conozco y aplico las normas de bioseguridad mientras realizo las funciones establecidas.
12. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	12. Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Durante le desempeño de mis funciones aplico el autocontrol la autoregulacion y la autogestion lo que me permite no cometer errores con el fin de optimizar el servicio, aplicando las listas de chequeo del los equipos de laboratorio.
13. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	13. Aplicar y participar en la actualización, formulación de las guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos formulados en la institución.	se hace retroalimentacion de las actualizaciones dadas por los entes de control durante las UAT, y se actualiza el manual de laboratorio cuando se hace necesario, queda registrado en las actas de las reuniones los compromisos.
14. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	14. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios.	Se realiza conteo de insumos los fines de semana y se registra en el kardex de laboratorio.
15. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	15. Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Se registran los indicadores de calidad, los cuales son criterios de aceptabilidad, de devolución, de gerencia del riesgo, de accesibilidad oportunidad, seguridad, pertinencia en AAU-L07C-DI-FT-385 Medición Variable Laboratorio
16. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	16. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios.	Se registran los indicadores de convenios en AAU-L07C-DI-FT-385 Medición Variable Laboratorio
17. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	17. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar	Se inscriben las acciones de mejora y el seguimiento de las mismas en el aplicativo Mejora contínua que se encuentra el la intranet de la institución.

SANDRA LEONOR VELASQUEZ AREVALO
51955048
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