

					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:			claudia nathaly leon hernandez							
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1018417670		
CORREO ELECTRONICO:			nathalyleon5@hotmail.com			CELULAR:		3234376279		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:						SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT PEDIATRÍA USS 51 ZONA FRANCA			SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%								
	FO08A26	100								
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			66962963138					PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS										
NÚMERO DE CONTRATO		5968				VIGENCIA		2024		
NÚMERO DE CDP		201	FECHA		2025-01-24 15:22:45.000	NÚMERO DE CRP		12152	FECHA 2025-01-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA								
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
					2025-01-01			2025-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$3,620,164					
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:						\$27,871,375				
VALOR EJECUTADO						\$27,871,375				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,620,164				
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		
83232933	\$1,448,066	\$181,008		\$231,690		3	\$35,275	\$447,974		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente. LILIANA CASTIBLANCO MOSOS 52619353 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
Realizar la consulta de pediatría de acuerdo a la programación de agendas.	Realice las actividades y procedimiento diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral del cuidado del paciente	Se atiende consulta programada por medio de la consulta de Pediatría se realizó el ejercicio medico profesional usando las herramientas diagnosticas con las que se cuenta para el cuidado del paciente
Responder las interconsultas de Pediatría del servicio de urgencias cuando el paciente ha sido valorado previamente por el médico de urgencias, de acuerdo a los tiempos estipulados por la institución.	NO APLICA	NO APLICA
Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	cumplí con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica	se realizó diligencia miento de la historia clínica y sus anexos dentro del marco legal y ético según Resolución 1995 de 1999
Diligenciar y llenar completamente los diferentes formularios y registros estadísticos de acuerdo a lo establecido en la Intuición y la normatividad vigente.	Se diligencia registro de historia clínica	NO APLICA
Recibir las referencias de pacientes e informar causales de rechazo de pacientes remitidos a la Institución y realizar la contra referencias que requieran los usuarios.	No se presento este mes	Historia clínica, ordenes medicas
Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	Diligenciamiento del registro de historia clínica	Historia clínica, ordenes medicas
Deberá está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentarlo a la firma del presente contrato.	Se entrega cuenta de cobro en aplicativo suresoc	Se diligencia cuenta de cobro según las horas programadas en el mes
Presentar las evaluaciones trimestrales programadas por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E para medir la adherencia a los procesos de entrenamiento en puesto de trabajo.	Se realiza entrenamiento en puesto de trabajo	Entrenamiento en puesto de trabajo
Se debe anexar mensualmente a la cuenta de cobro un informe de actividades que realizan durante el mes que incluyan: Interconsultas, pacientes atendidos, consultas urgencias, evoluciones - notas, según el área donde presten el servicio.	Se envía cuenta de cobro por aplicativo suresoc	Se realiza cuenta de cobro por aplicativo suresoc
En caso de imposibilidad para asistir al turno programado deberá informar oportunamente al Supervisor del Contrato y garantizar su remplazo.	En caso que esté se llegase a presentar se realizará la notificación a la líder de la unidad	Líder de sede
Realizar la Consulta Externa de Pediatría, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	Se realiza consulta programada	Se atiende consulta programada por medio de la consulta programada de pediatría, se realizó el ejercicio médico profesional usando las herramientas diagnósticas con las que cuenta para el cuidado del paciente
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente.	Se utiliza bata y carnet según lineamiento institucional	Se porta adecuadamente bata y carnet según lineamiento institucional
Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista.	No se presentaron glosas este mes	NO APLICA
Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre t. Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado.	asisto y participo activamente en las actividades a las que me sean convocada, en la unidad de servicios	asistencia y participación en el ASEGURATE del mes: buena practica consentimiento informado

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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

SUBRED Sur Occidente E.S.E

SUBRED-Subred

Representación Gráfica Dian

Cuenta de Cobro SECOP II

Representación Gráfica Dian

Editar

https://suresoc.subredsuoccidente.gov.co/cuenta#/

SURESOC-2025

Dashboard

perfil

Datos Personales

Cuenta de Cobro

OPS

Dinámica / Contraseña

Activar-Base Poblacional

Administrativo

Asistencial

claudia nathaly leon hernandez

claudia nathaly leon hernandez

MEDICO ESPECIALISTA- PEDIATRA

Contrato Actual: 5968-2024

3234376279 nathallyleon5@hotmail.com

Información del contratista

Tipo de documento
Cédula de ciudadanía

No. de documento
1018417670

Sede
SUBRED

Banco
BANCOLOMBIA S.A

Tipo de cuenta
AHORRO

No. de cuenta
66962963138

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del 24/02/2025 se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 226543

Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
226543	5968	2025-01-01 / 2025-01-31	\$27,871,375	\$3,620,164	100	\$0	APROBADA	
223630	5968	2024-12-01 / 2024-12-31	\$24,251,210	\$3,620,164	100	\$0	APROBADA	
219301	5968	2024-11-01 / 2024-11-30	\$20,631,045	\$6,851,064	85.07	\$3,620,165	APROBADA	
213210	5968	2024-10-01 / 2024-10-31	\$13,779,981	\$6,228,240	79.71	\$3,507,219	APROBADA	
209335	5968	2024-09-01 / 2024-09-30	\$7,551,741	\$6,150,387	54.49	\$6,306,093	APROBADA	

6:50 a. m.

13/03/2025

Subred Sur Occidente E.S.E

DGW

SURESOC- SUBRED-SOC

Representación Gráfica Dian

Cuenta de Cobro SECOP II

Representación Gráfica Dian

Editar

https://suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/EQUIVALENTE-1018417670-20250131092949-FACTURA%20RESTANTE%20DE%20DIC%20Y%20ENERO%20(1).pdf

Dibujar

1 de 2

DIAN

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

DIAN

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
e48c188c18a268bac423a3ad20975df7291097c0ad7d59f973a58d913ef94a9013f0b02412c0a543a5dff604dc09b

Número de Factura: Y0-916

Fecha de Emisión: 30/01/2025

Fecha de Vencimiento: 30/01/2025

Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado

Medio de Pago: Instrumento no definido

Orden de pedido:

Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: LEON HERNANDEZ CLAUDIA NATHALY

Nombre Comercial: LEON HERNANDEZ CLAUDIA NATHALY

Nit del Emisor: 1018417670

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Régimen Fiscal: C-47

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Actividad Económica: 8621

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Dirección: CR 7 64 44 AP 301

Teléfono / Móvil: 3234376279

Correo: nathalyleon5@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

Tipo de Documento: NIT

Número Documento: 900959048

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Régimen fiscal: R-99-PN

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

País: Colombia

Departamento: Bogotá

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.C.

Dirección: CALLE 9 N 39-46

Teléfono / Móvil: 4546800

Correo: kiersedesi@subredsuroccidente.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS			Precio unitario de venta
								IVA	%	ISC	
1	3	Incremento por hora adicional consulta externa pediatría HORAS FACTURABLES D E DICIEMBRE Y HORAS H E S DE ENERO	HRU	46,50	\$ 77.853,00	\$ 0,00	\$ 0,00				\$ 3.620.164,50

Notas Finales

Linea de negocio:

Buscar

6:50 a.m.
13/03/2025

Numero de Autorización: 18764079645753 Rango desde: 900 Rango hasta: 1000 Vigencia: 2025-03-17



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ABOGADA	FECHA PAGO ASOCIADA (PARALEGADO)	TIPO PLANILLA	CANTIDAD
CC	1018417670	CLAUDIA NATHALY LEON	CARRERA 7 48 44 ED. B&A AP112 301	8034579278	nathalyleon@gmail.com				
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO	PERIODO: Meses	PERIODO: Periodos	NÚMERO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	2024-12	2024-12	8333333	\$1.184.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD										
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades	Licencia Maternidad	Días More	Valor More Cotización	Valor More UPC	Total a Pagar
EPS008	Compensar EPS	86000542-7	478.500	0	No Autorización	Valor	0	0	0	478.500

TOTALES PENSION										
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte PSP - Solidaridad	Aporte PSP - Subsistencia	Días More	Valor More Cotización	Total a Pagar
25-14	Colpensiones	89038504-7	612.800	0	0	0	0	0	0	612.800

TOTALES RIESGOS LABORALES										
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades	Aportes UPV	Valor More Cotización	Días More	Valor More Cotización	No. Meses en Favor	Total a Pagar
14-11	ARL SURSA	89801795-6	\$3.300	No Autorización	Valor	\$3.300	0	0	0	\$3.300

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días More	Valor More Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administraciones	No. Administraciones Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, EPS y FOM	Total a Pagar
Salud	1	478.500	478.500
Pensión	1	612.800	612.800
Riesgos Laborales	1	\$3.300	\$3.300
CCAF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ESPF	0	0	0
MENA	0	0	0
SSNA	0	0	0
TOTALES	3	1.184.300	1.184.300

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



PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

