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:	LEYDI MARIA DUARTE VESGA						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	53031880	
CORREO ELECTRONICO:	lduartev28@gmail.com				CELULAR:	3138829731	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT DERMATOLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	KE10A03	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	476070011475				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	682			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1362	FECHA	2025-06-12 10:21:10.000	NÚMERO DE CRP	30465	FECHA	2025-06-27 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO ESPECIALISTA- DERMATOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$12,529,476				
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:	$105,823,690
VALOR EJECUTADO	$89,058,952
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$12,529,476
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$16,764,738
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	84%

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
9488674934	$5,600,000	$700,000	$896,000	3	$136,416	$1,732,416

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

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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
Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	Realize consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia	Se evidencia en el aplicativo Dinamica Gerencial
Brindo servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.	Brinde servicios de evaluacion,diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias	Se realiza historia clínica con las indicaciones para lo tratamientos pertinentes según diagnostico.
Portar con los elementos basicos paa el desarrollo de sus actividades	Porte con los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades Se utiliza los elementos de protección persona realizando el registro	Se utiliza los elementos de protección persona realizando el registro en las planillas adoptadas por la Subred
Realizar procedimientos programados en el area asignada.	Realize procedimientos programados en el area asignada	Se deja informe quirurgico en la historia clinica del paciente y se valida en el sistema DINAMICA
Diligencio con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de su competencia,los soportes aenxos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución	Diligencie con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de mi competencia,los soportes anexos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución	En en aplicativo DINAMICA están el formato de historias clinicas debidamente dIligenciadas de las consultas realizadas
contesto interconsultasque le fueren solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tintal.	Conteste interconsultasque le fueron solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy	Se verifica en la historia clinica y en el aplicativo DINAMICA
Aplica normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia.	Aplique normas de bioseguridad,orientando al usuario y la familia.	Listado de adherencias y cumplimiento al reglamento
Respeto los derechos del paciente y cumplir con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias	Respete los derechos del paciente y cumpli con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio,hospitalización y urgencias	Se le explica al paciente que cuenta con derechos y deberes al momento de acceder a los servicios de salud
Explicar los procedimientos a realizar al paciente o acompañante.	Explique los procedimientos a realizar al paciente o acompañante	Se le da a conocer al paciente y al acompañante el procedimiento ha realizar
Tratar con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros.Tratar con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros.	Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros	Se lleva un adecuado ambiente de trabajo
Dio aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio.	Di aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio	Se le informa al líder del servicio cualquier eventualidad.

LADY HICEL MORENO ORTEGON
1013607929
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 Controlada Subred Sur Occidente

Leidy Maria Duarte Vesga
NIT 53.031.880-
carrera 7B # 134B - 66
Tel: (031) 3138829731
Bogotá - Colombia
lduartev28@gmail.com

Factura electrónica de venta
No. 522

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E		
NIT	900.959.048-4	**Teléfono**	(031) 3118421081
Dirección	CALLE 9 # 39-46	**Ciudad**	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	18/07/2025, 12:07
Expedición	18/07/2025, 12:07
Vencimiento	18/07/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	ACTIVIDADES POR DERMATOLOGIA EN JULIO DE 2025: CONSULTAS, INTERCONSULTAS, PROCEDIMIENTOSQUIRRUGICOS	1.00	12,529,476.00	12,529,476.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Doce millones quinientos veintinueve mil cuatrocientos setenta y seis pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 12,529,476.00

Observaciones:

Total Bruto	12,529,476.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	12,529,476.00

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio:
110013997801

Modalidad de pago:
-

Copago:
-

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Periodo de inicio: -	**Plan de servicios:** -	**Cuota moderadora:** -
Periodo de finalización: -	**Número de contrato:** -	**Pagos compartidos:** -
Tipo de operación: [CustomizationCode]	**Número de póliza:** -	**[HealthCopaymentText]** -

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764090510174 aprobado en 20250314 prefijo desde el número 500 al 599 Vigencia: 24 Meses**
- Actividad Económica 7490 Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p. Tarifa
CUFE: 3073f9d8b3ee64b4c18a9848fe12907bfb02f9f2baaa2fe5b13087cb58890f2d1044ae06d6202f33540c3eb47e484069

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53031880		DUARTE VESGA LEIDY MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 7b #134b-66 torre 3 apto 703	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7576393	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-06	2025-06	1613508988	9488674934	I	2025/07/17	2025/07/08	BANCO DAVIVIENDA		$2,004,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	53031880	DUARTE VESGA LEIDY MARIA	230301	30	$5,906,000	$1,004,200	EPS010	30	$5,906,000	$738,300	CCF24	30	$5,906,000	$118,200	14-11	30	$5,906,000	$143,900	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					**$5,906,000**	**$1,004,200**			**$5,906,000**	**$738,300**			**$5,906,000**	**$118,200**			**$5,906,000**	**$143,900**		**$0**	**$0**

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,004,200	$0	$1,004,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$1,004,200	$0	$1,004,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$143,900	$0	$143,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$143,900	$0	$143,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$118,200	$0	$118,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$118,200	$0	$118,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$738,300	$0	$738,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$738,300	$0	$738,300
TOTAL				1	$2,004,600	$0	$2,004,600

2025/07/22 07:04 PM