| 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 | 1862 | FECHA | 2025-09-17 10:34:18.000 | NÚMERO DE CRP | 39338 | FECHA | 2025-09-26 00:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- DERMATOLOGO | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2025-09-01 | | 2025-09-30 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $16,764,738 | | | | | |
| 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: | $139,353,166 |
| VALOR EJECUTADO | $122,588,428 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $16,764,738 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $16,764,738 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 88% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9491608465 | $6,705,895 | $838,237 | $1,072,943 | 3 | $163,356 | $2,074,536 |

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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 | Explique los procedimientos a realizar al paciente o acompañante |
| 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

# 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 |
| 2025-08 | 2025-08 | 1762626539 | 9491608465 | I | 2025/09/17 | 2025/09/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,276,100 |

**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 |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $6,706,000 | $1,140,200 | | | $6,706,000 | $838,300 | | | $6,706,000 | $134,200 | | | $6,706,000 | $163,400 | | $0 | $0 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $6,706,000 | $1,140,200 | | | $6,706,000 | $838,300 | | | $6,706,000 | $134,200 | | | $6,706,000 | $163,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $6,706,000 | $1,140,200 | | | $6,706,000 | $838,300 | | | $6,706,000 | $134,200 | | | $6,706,000 | $163,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 53031880 DUARTE LEIDY | 230301 | 30 | $6,706,000 | $1,140,200 | EPS010 | 30 | $6,706,000 | $838,300 | CCF24 | 30 | $6,706,000 | $134,200 | 14-11 | 30 | $6,706,000 | $163,400 | 30 | $0 | $0 |
| **Total Afiliados( 1)** | | | | | $6,706,000 | $1,140,200 | | | $6,706,000 | $838,300 | | | $6,706,000 | $134,200 | | | $6,706,000 | $163,400 | | $0 | $0 |

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 |
| 2025-08 | 2025-08 | 1762626539 | 9491608465 | I | 2025/09/17 | 2025/09/09 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $2,276,100 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $1,140,200 | $0 | $0 | $1,140,200 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $1,140,200 | $0 | $0 | $1,140,200 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $163,400 | $0 | $0 | $163,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $163,400 | $0 | $0 | $163,400 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $134,200 | $0 | $0 | $134,200 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $134,200 | $0 | $0 | $134,200 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $838,300 | $0 | $0 | $838,300 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $838,300 | $0 | $0 | $838,300 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$2,276,100** | **$0** | **$0** | **$2,276,100** |

Consultorio 1018

Leidy Duarte Vesga
Dermatóloga

**Factura Electrónica de Venta**
**Nro. Doc.:** M4
**Fecha y Hora de Generación:** 2025-09-26 00:00:00
**Fecha validación:** 2025-09-26 13:31:46-05:00
**Fec. Vcto.:** 2025-09-26

**Nº Resolución:** 18764098507692 **Prefijo:** M **Consecutivo:** 1 hasta 400 **Fecha:** 2025-09-11 **hasta** 2027-09-11

| Datos del Emisor | Datos del Adquirente |
|---|---|
| **Razón social/Nombre:** DUARTE VESGA LEYDY MARIA<br>**NIT:** 53031880-0<br>**Actividad Económica:** 8699<br>**Responsabilidad:** Régimen Simple de Tributación – SIMPLE -<br>**Dirección:** CR 7 B 134 B 66 TO 3 AP 703 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO<br>**Teléfonos:** 3138829731<br>**Contacto:** DUARTE VESGA LEYDY MARIA<br>**E-mail:** lduartev28@gmail.com | **Razón social/Nombre:** SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN<br>**NIT:** 900959048-4<br>**Dirección:** CALLE 9 #39-46 - BOGOTA, D. C. - BOGOTA - CO<br>**Teléfonos:** 3118421081<br>**E-mail:** JENNY-RIOS29@HOTMAIL.COM |

| # | Código | Cant. | Medida | Descripción | Valor Unitario | %Impuesto | Impuesto | Descuento | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 1.00 | 94 | ACTIVIDADES POR DERMATOLOGIA CONSULTAS ESPECIALIZADAS,PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS E INTERCONSULTAS | 16,764,738.00 | IVA 0.00 | 0.00 | | 16,764,738.00 |
| Total Items | | | 1 | | | | | | |

| Impuestos | | |
|---|---|---|
| Tipo de Impuestos | Monto Base | Total |
| IVA : 0.00% | 16,764,738.00 | 0.00 |

| Totales | |
|---|---|
| **SUBTOTAL:** | 16,764,738.00 |
| **TOTAL Base Imponible:** | 16,764,738.00 |
| **IVA** | 0.00 |
| **TOTAL Descuento Global:** | 0.00 |
| **TOTAL Anticipos:** | 0.00 |
| **TOTAL Recargo Global:** | 0.00 |
| **TOTAL:** | 16,764,738.00 |
| **TOTAL en letras: Dieciseis Millones Setecientos Sesenta Y Cuatro Mil Setecientos Treinta Y Ocho Con Cero COP** | |
| **Redondeo Aplicado:** | 0.00 |

**Información Adicional**

POR CONCEPTO DE CONSULTAS , INTERCONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS,REALIZADOS EN EL MES DE SEPTIEMBRE 2025,PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE.

**Medios de Pago**

| Forma de Pago | Medio de Pago | Fecha de Vencimiento | Número de Referencia | Código Referencia | Número de Días | Código Banco | Banco | Número de Transferencia | Código del Canal de Pago |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Crédito | Transferencia Débito Bancaria | 2025-09-26 | | | | | | | |

**CUFE:** 0fc0cd52bda3c6bf30e549ed3bdd9f8442548f1170b22553e1186ad6218ec300547bc2f7b2169544ed62f57c6c1aed52
Representación impresa de Factura Electrónica de Venta
Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6
TFHKA_CO900390126 - Máster: +57 - 317 668 7663 - https://www.thefactoryhka.com/co/ - Versión de template: co-default-21-788