DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

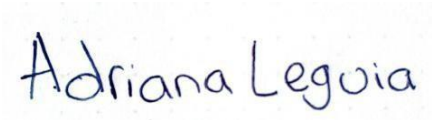
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ADRIANA LUCIA LEGUIA HURTADO

C.C 1.043.436.885

La suma de $ 2.005.524 por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial como AUXILIAR DE ENFERMERIA durante el periodo del 01 al 30 de SEPTIEMBRE 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4206-2025



ADRIANA LUCIA LEGUIA HURTADO

C.C 1.043.436.885

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 0550029200052701

◯ Primeros Auxilios en Mascotas

4. **Número de Identificación (sin punto ni comas)** *

1043436885

5. **Nombres y Apellidos** *

Adriana leguia

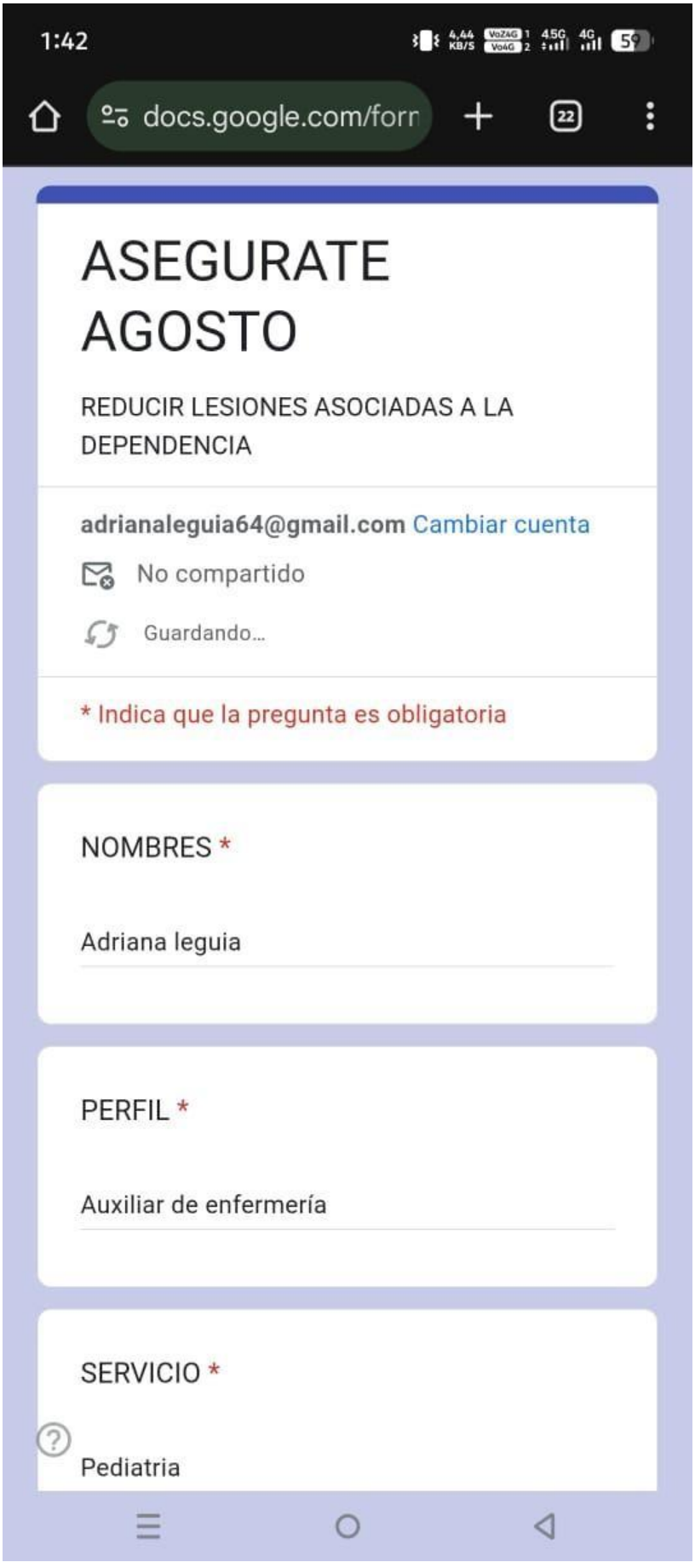
6. **Perfil** *

Auxiliar enfermería

7. **Correo electrónico** *

adrianaleguia75@gmail.com

Siguiente



ASEGURATE AGOSTO

REDUCIR LESIONES ASOCIADAS A LA DEPENDENCIA

adrianaleguia64@gmail.com Cambiar cuenta

No compartido

Guardando...

* Indica que la pregunta es obligatoria

NOMBRES *

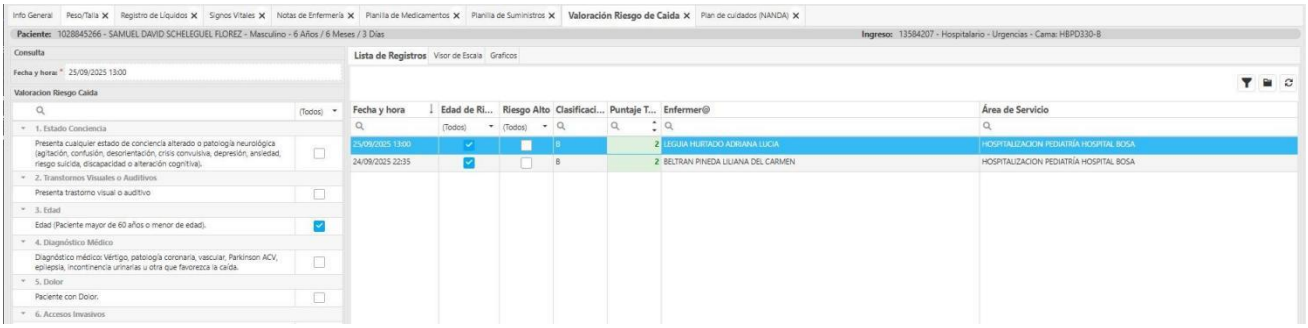
Adriana leguia

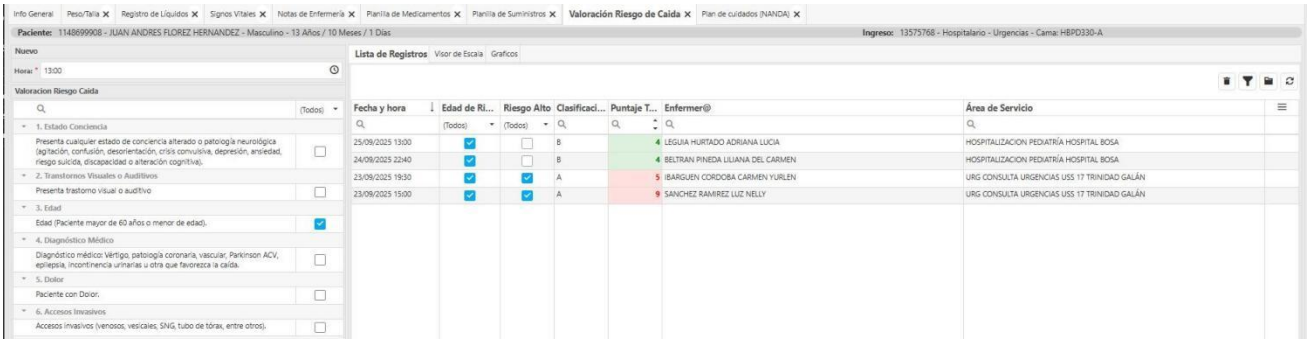
PERFIL *

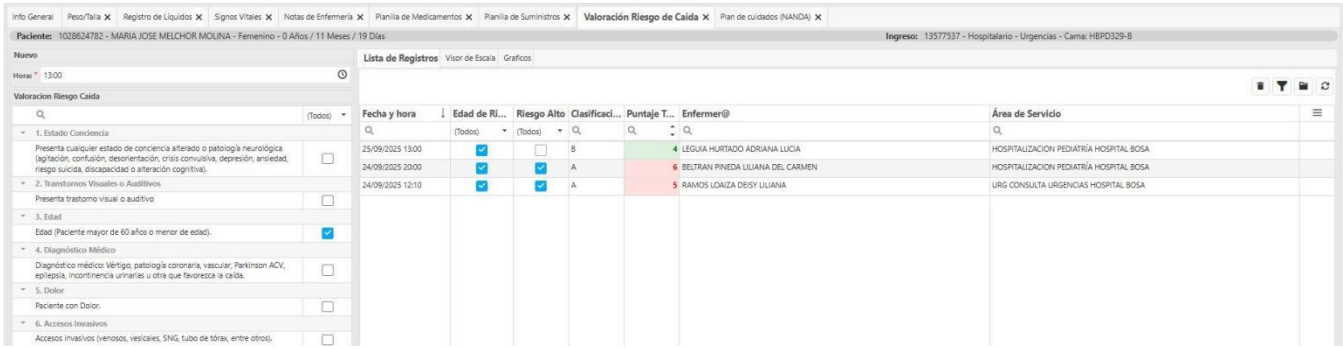
Auxiliar de enfermería

SERVICIO *

Pediatria


Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Valoración Riesgo de Caida
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1028845266 - SAMUEL DAVID SCHELEGUEL FLOREZ - Masculino - 6 Años / 6 Meses / 3 Días
Ingreso: 13584207 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD330-B
Consulta
Fecha y hora * 25/09/2025 13:00
Valoracion Riesgo Caida
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caida.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio
25/09/2025 13:00
B
2
LEGUIA HURTADO ADRIANA LUCIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA
24/09/2025 22:35
B
2
BELTRAN PINEDA LILIANA DEL CARMEN
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA


Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Valoración Riesgo de Caida
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1148699908 - JUAN ANDRES FLOREZ HERNANDEZ - Masculino - 13 Años / 10 Meses / 1 Días
Ingreso: 13575768 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD330-A
Nuevo
Hora: * 13:00
Valoracion Riesgo Caida
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caida.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio
25/09/2025 13:00
B
4
LEGUIA HURTADO ADRIANA LUCIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA
24/09/2025 22:40
B
4
BELTRAN PINEDA LILIANA DEL CARMEN
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA
23/09/2025 19:30
A
5
IBARGUEN CORDOBA CARMEN YURLEN
URG CONSULTA URGENCIAS USS 17 TRINIDAD GALÁN
23/09/2025 15:00
A
9
SANCHEZ RAMIREZ LUZ NELLY
URG CONSULTA URGENCIAS USS 17 TRINIDAD GALÁN


Info General
Peso/Talla
Registro de Líquidos
Signos Vitales
Notas de Enfermería
Planilla de Medicamentos
Planilla de Suministros
Valoración Riesgo de Caida
Plan de cuidados (NANDA)
Paciente: 1028624782 - MARIA JOSE MELCHOR MOLINA - Femenino - 0 Años / 11 Meses / 19 Días
Ingreso: 13577537 - Hospitalario - Urgencias - Cama: HBPD329-B
Nuevo
Hora: * 13:00
Valoracion Riesgo Caida
1. Estado Conciencia
Presenta cualquier estado de conciencia alterado o patología neurológica (agitación, confusión, desorientación, crisis convulsiva, depresión, ansiedad, riesgo suicida, discapacidad o alteración cognitiva).
2. Transtornos Visuales o Auditivos
Presenta trastorno visual o auditivo
3. Edad
Edad (Paciente mayor de 60 años o menor de edad).
4. Diagnóstico Médico
Diagnóstico médico: Vértigo, patología coronaria, vascular, Parkinson ACV, epilepsia, incontinencia urinarias u otra que favorezca la caida.
5. Dolor
Paciente con Dolor.
6. Accesos Invasivos
Accesos invasivos (venosos, vesicales, SNG, tubo de tórax, entre otros).
Lista de Registros
Visor de Escala
Graficos
Fecha y hora
Edad de Ri...
Riesgo Alto
Clasificaci...
Puntaje T...
Enfermer@
Área de Servicio
25/09/2025 13:00
B
4
LEGUIA HURTADO ADRIANA LUCIA
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA
24/09/2025 20:00
A
6
BELTRAN PINEDA LILIANA DEL CARMEN
HOSPITALIZACION PEDIATRÍA HOSPITAL BOSA
24/09/2025 12:10
A
5
RAMOS LOAIZA DEISY LILIANA
URG CONSULTA URGENCIAS HOSPITAL BOSA

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1043436885	LEGUIA	HURTADO	ADRIANA	LUCIA	2025-06	CAJACOPI EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	1043436885	LEGUIA	HURTADO	ADRIANA	LUCIA	2025-08	EPS SURA	COTIZANTE

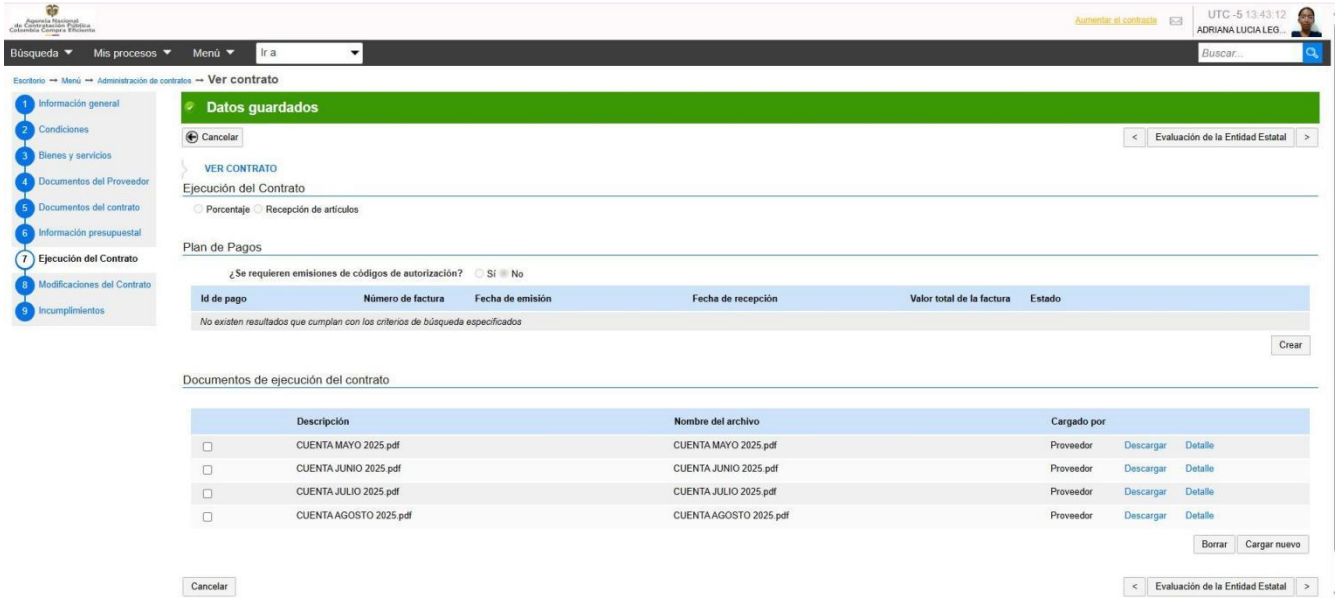
EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS SURA	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAJACOPI EPS S.A.S	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAJACOPI EPS S.A.S	05/2025	25	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo "Observación *" denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.



aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043436885		LEGUIA HURTADO ADRIANA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 78 J NO 57 D 36 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009025188	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	1756882495	9491236949	I	2025/09/18	2025/09/08	NEQUI	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																													
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																													
1	CC	1043436885 LEGUIA ADRIANA																	230201	30	EPS010	30		0	14-11	30	2.436%	0	No
Total		**Afiliados(1)**																											

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1043436885		LEGUIA HURTADO ADRIANA LUCIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 78 J NO 57 D 36 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009025188	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	1756882495	9491236949	I	2025/09/18	2025/09/08	NEQUI	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				**1**	**$440,500**	**$0**	**$0**	**$440,500**

Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud
ADRES

Tipo Identificación	Numero Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Ultimo Periodo Compensado	EPS/EOC	Tipo Afiliación
CC	1043436885	LEGUIA	HURTADO	ADRIANA	LUCIA	2025-06	CAJACOPI EPS S.A.S	COTIZANTE
CC	1043436885	LEGUIA	HURTADO	ADRIANA	LUCIA	2025-08	EPS SURA	COTIZANTE

EPS/EOC	Periodos Compensados	Dias Compensados	Tipo Afiliado	Observacion*
EPS SURA	08/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
EPS SURA	07/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAJACOPI EPS S.A.S	06/2025	30	COTIZANTE	Pago con cotización
CAJACOPI EPS S.A.S	05/2025	25	COTIZANTE	Pago con cotización

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

Pago con cotización: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

Estado Emergencia: Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	adriana lucia leguia hurtado						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1043436885	
CORREO ELECTRONICO:	adrianaleguia75@gmail.com				CELULAR:	3009025188	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	HOSPITALIZACION PEDIATRÍA USS BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO35I05	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550029200052701				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	4206			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000	NÚMERO DE CRP	36258	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	AUXILIAR DE ENFERMERIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$2,005,524				
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:	$12,240,612
VALOR EJECUTADO	$9,621,840
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,005,524
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$2,618,772
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	79%

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
9491236949	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

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

Luz Dary Castro Herran
52456529
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) 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.	Recibo y entrego el turno por paciente asignado e informo sobre la evolución y las actividades realizadas con el fin de proporcionar al turno entrante información actualizada y dar continuidad del cuidado de enfermería.permanente	ENTREGA DE TURNO
2)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.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
3)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.	REGISTRO NOTAS DE ENFERMERIA DEL SISTEMA DE INFORMACION DE LA INSTITUCION
4)Retroalimentar al supervisor dificultades del proceso de atención	Retroalimento al supervisor dificultades del proceso de atención	CUANDO SE REQUIERAN
5)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 al paciente y a la familia sobre el plan de cuidados en casa para garantizar la comprensión de las órdenes médicas y dar continuidad del tratamiento ambulatorio.	ORDENES MEDICAS PLAN MEDICO
6)Aplicar los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	Aplico los procedimientos de bioseguridad, salud ocupacional, gestión ambiental y calidad	PROCEDIMIENTOS INSTITUCIONALES
7)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.	PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
8)Registrar los diferentes reportes y libros propios del servicio.	Registro los diferentes reportes y libros propios del servicio.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
9)Diligenciar documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible	Diligencio documentos para facturación, estadística, libros de registro, en forma legible.	SISTEMA DE INFORMACION - LIBROS DE NOTIFICACION
10)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	PROTOCOLOS INSTIRUCIONALES
11)Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de mis actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento.	FORMATO INSTITUCIONAL
12)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.	CUANDO SE REQUIERA
13)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.	CUANDO LO REQUIERAN
14)Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	CUANDO SE PRESENTEN
15)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.	PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS INSTITUCIONALES
16)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.	CUANDO LO REQUIERAN
17)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	SISTEMA DE INFORMACION
18)Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente
19)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.	CUANDO LO REQUIERAN

Copia Controlada Subred Suroccidente

Luz Dary Castro Herran
52456529
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