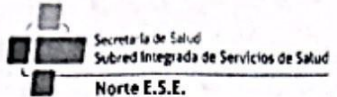
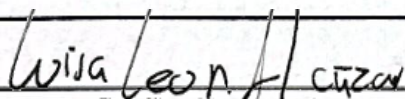


|  | | INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | | | | CÓDIGO: AP-CT-F-50 | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|---------------------------|--|------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|
| | | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. | | | | | VERSIÓN: 4 | | | | | | | |
| | | GESTIÓN CONTRACTUAL | | | | | PÁGINA: 1 DE 1 | | | | | | | |
| | | | | | | | FECHA: 07/11/2024 | | | | | | | |
| ÁREA Y/O SERVICIO: IMÁGENES DIAGNOSTICAS | | | | | | UNIDAD: | | | | | | | | |
| No. DE CONTRATO: 6374-2025 | | | | | | PERIODO CERTIFICADO | | | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA BIBIANA BERNAL RODRIGUEZ | | | | | | | | | 1 | 11 | 2025 | 30 | 11 | 2025 |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEON ALCAZAR LUISA MARCELA | | | | | | DOCUMENTO: 1016018467 | | | | | | | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como Médico Especialista en Radiología en el área de Imágenes Diagnósticas de la Subred Norte E.S.E. | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL DE EJECUCIÓN (%): 100% | | | | | | | | | | | | | | |
| OBLIGACIONES ESPECIFICAS | | | | | | ACTIVIDADES REALIZADAS | | | | | | | | |
| 1. Contribuir con el mantenimiento y mejora del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad Institucional durante el desarrollo de las responsabilidades asignadas, en el marco de operación de los componentes del Sistema Único de Habilitación, Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, Sistema Único de Acreditación y Sistema de Información. | | | | | | cumpli con los lineamientos de calidad y acreditación al momento de realizar mis actividades contractuales.. | | | | | | | | |
| 2.Desarrollar las estrategias definidas a nivel institucional para el mantenimiento y mejora de los Ejes del Sistema Único de Acreditación: Gestión del Riesgo, Humanización de la Atención, Transformación cultural, Gestión clínica excelente y segura, Gestión de la Tecnología, Atención centrada en el usuario y Responsabilidad social, acorde al desarrollo de las responsabilidades asignadas. | | | | | | cumpli con los protocolos y guias institucionales al momento de realizar mis actividades contractuales | | | | | | | | |
| 3. Prestar servicios como Medico Especialista en Radiologia para la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E. | | | | | | realice acciones como medico radiologo atendiendo pacientes de ecografia y realizando lectura radiologia | | | | | | | | |
| 4.El pago de sus actividades, sera correspondiente al valor hora efectivamente realizado, que corresponde a un rendimiento en sus actividades por hora, asi: - Lectura de RX de 25 a 30 por hora. - Lectura de mamografias de 20 por hora. - Lectura de TAC simples 8 y contrastados 6 por hora. Realizacion de 4 ecografias por horas (en consulta externa y/o pacientes hospitalizados y urgencias) y/o 3 por hora si son portatiles es decir en los servicios | | | | | | realice la lectura de estudios cumpliendo con el estandar de oportunidad establecido por el servicio | | | | | | | | |
| 5. Realizar la revision de las imagenes tomadas, el analisis y la interpretacion de las mismas con una oportunidad no mayor a 24h luego del cargue en el sistema para pacientes de urgencias y hospitalizados. Para pacientes ambulatorios NO mayor a 72 horas. | | | | | | realice la verificacion de cada imagen tomada cumpliendo con la calidad y oportunidad para los servicios de urgencias y hospitalizacion | | | | | | | | |
| 6. Luego de transcrito el estudio, se debe firmar en el sistema de informacion PACS de radiologia implementado en la Subred Norte ESE, en un tiempo no mayor a 4 horas, dentro del turno asignado y en concordancia con los tiempos establecidos para el resultado final que debe entregar el servicio, estipulado en las obligaciones anteriores. | | | | | | verifique que cada estudio y se da la correspondiente firma cumpliendo con el tiempo estipulado segun la modalidad. | | | | | | | | |
| 7. Aplicar las Guias de Manejo de su especialidad para todos los procedimientos, mantenerlas actualizadas mediante la revision y adaptacion con Guias Basadas en la Evidencia en radiologia | | | | | | aplique las guias de manejo para los procedimientos radiologicos | | | | | | | | |
| 8. Implementar la documentacion del servicio (formatos, registros, entre otros), mediante el diligenciamiento claro y completo de los mismos | | | | | | verifique los formatos del servicio y su correcto diligenciamiento | | | | | | | | |
| 9. Implementar el sistema de informacion en radiologia | | | | | | di apoyo a la verificación del sistema de información de radiologia cuando las imagenes presentaban algun artificio y se reporto el mismo a biomedicos | | | | | | | | |
| 10. Participar activamente en la implementacion de los puntos de control interno del servicio como son verificacion de la calidad de la imagen, correlacion de los hallazgos con la informacion clinica del paciente, puntos de control de seguridad del paciente, notificacion de eventos adversos, entre otros | | | | | | participe activamente en la implementacion de los puntos de control del servicio de radiologia | | | | | | | | |
| 11. Cumplir los procesos y procedimientos institucionales | | | | | | cumpli con los procesos y procedimientos institucionales | | | | | | | | |
| 12. Informar en forma detallada y veraz el resultado del examen del paciente y a los familiares cuando se requiera. | | | | | | verifique cada resultado de los estudios radiologicos realizados en el servicio para las diferentes modalidades cumpliendo con los estandres minimos de acreditacion | | | | | | | | |
| 13. Estimular la investigacion de conformidad con la normatividad vigente y el Programa de Investigacion de la Subred Norte | | | | | | realice charlas académicas con estudiantes, residentes y otros especialistas para discusión de casos clínicos.de casos clínicos. | | | | | | | | |
| 14. Participar en actividades de capacitacion y actualizacion acordes con su especialidad desarrolladas en la Subred Norte | | | | | | participe en las diferentes capacitaciones desarrolladas por la subred norte | | | | | | | | |
| 15. Dar tramite segun terminos de ley a peticiones, quejas, reclamos y requerimientos. | | | | | | verifique las quejas y peticiones recibidas en el servicio y se dio apoyo a la respuesta de cada una | | | | | | | | |

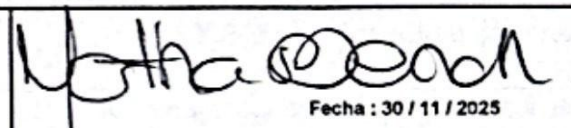
| | |
|--|--|
| 16. Establecer e implementar las acciones de mejora correspondientes, de acuerdo al seguimiento, evaluación, y retroalimentación de los convenios, auditorías internas y externas y/o contratos suscritos de venta de servicios. | di apoyo en la verificación de las acciones de mejora de auditorías internas y externas en la subred norte |
| 17. Participar activamente en los puntos de control interno del servicio como son calidad de las imágenes, reportes de eventos de seguridad (incidentes o de eventos adversos), reporte de resultados críticos, entre otros. | realice verificación de los puntos de control interno del servicio como fueron la calidad de la imagen y el correcto reporte de los sucesos de seguridad |
| 18. Garantizar el uso correcto de las instalaciones, equipos y demás elementos disponibles para el desarrollo de sus actividades. Así mismo informar oportunamente el deterioro o mal funcionamiento de estos. | verifique que los equipos radiológicos del servicio para los cuales se reportan novedades al área de biomedicos |
| 19. Cumplir con las disposiciones legales en relación con el Programa Institucional de Gestión ambiental (segregación adecuada). | di cumplimiento a las disposiciones del programa de gestión ambiental |
| 20. Cumplir las normas de protección radiológica. | di cumplimiento de las normas con los elementos de protección radiológica en el servicio |
| 21. Responder por la organización e implementación en los procesos de Habilitación y Acreditación de la Subred Norte. | di cumplimiento en los procesos de habilitación y acreditación apoyando cada uno de los estándares asignados para el servicio |
| 22. Las demás que emerjan de la orden de prestación del servicio. Adicional a las descritas en el requerimiento, el cual hace parte integral del presente contrato, el contratista deberá: a) Realizar el proceso de inducción programado OBJETO: Prestar servicios como MEDICO ESPECIALISTA - RADIOLOGIA dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E. de acuerdo a las necesidades de la Institución. | cumpli al 100% de las actividades a desarrollar durante la ejecución del contrato |

OBSERVACIONES:

TOTAL A PAGAR (2.773.460): DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS SESENTA M/CTE (\$)



NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
 LUISA MARCELA LEON ALCAZAR CC: 1016018567



Fecha: 30 / 11 / 2025
 Firma de recibido supervisor: MARTHA BIBIANA BERNAL RODRIGUEZ

Nota: Este informe de obligaciones para aprobación estará sujeto a la certificación que expida el supervisor.

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-----------------------------|--------|----------------------|--------------------|---------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016018467 | LUIISA MARCELA LEON ALCAZAR | | CARRERA 70B # 24C-50 | 3102963281 | LUIISA.LEON.ALCAZAR@HOTMAIL.COM |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| 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 | | | | |
| 2025-10 | 2025-10 | \$4.558.300 | | | | |

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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 1.750.000 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 1.100 | 0 | 1.751.100 | 1 |

TOTALES PENSION

| 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 |
|------------|--------------------------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| 230901 | Skandia Pensiones Obligatorias | 800253055-2 | 2.240.000 | 0 | 0 | 70.000 | 70.000 | 1 | 1.500 | 200 | 2.381.700 | 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 | 341.100 | | | | 341.100 | 1 | 300 | 341.400 | | | 3.411 | 341.400 | 1 |

TOTALES CAJAS

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|------------|----------------|-------------|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 84.000 | 1 | 100 | 84.100 | 1 |

TOTALES PARAFISCALES

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| SENA | | | | |
| 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 1 | 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 | 1.750.000 | 1.751.100 |
| Pensión | 1 | 2.380.000 | 2.381.700 |
| Riesgos Laborales | 1 | 341.100 | 341.400 |
| CCF | 1 | 84.000 | 84.100 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 4.555.100 | 4.558.300 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|----------------------------|--------|----------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1016018467 | LUIZA MARCELA LEON ALCAZAR | | CARRERA 70B # 24C-50 | 3102963281 | LUIZA.LEON.ALCAZAR@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 | | |
| | | | | | EMPLADOS | UPC | |
| | | | | | 1 | 0 | |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-10 | 2025-10 | I | 20/11/2025 | 91174272 | \$4.558.300 | | |

DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|---------|------------|------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|---------|----|-----|------|-------|-----|-----|-------------------|------------|------------|-----------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|------------|------------------------|----------|------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| No. | Tipo | No. de identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subjeto | Extranjero | Columna especial | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VBP | VBT | SILN | ISE | MA | MAA | ASAP | VCT | IRL | CDR | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario o 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 | 1016018467 | LEON ALCAZAR LUIZA MARCELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230901 | 14.000.000 | 2.240.000 | 0 | 0 | 70.000 | 70.000 | EPS005 | 14.000.000 | 1.750.000 | 14-11 | 14.000.000 | 3 | 341.100 | CCF24 | 14.000.000 | 84.000 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

LUISA MARCELA LEON ALCAZAR

NIT 1.016.018.467-4
 CR 87 B 19 A 21 IN 3 AP 204
 Tel: (310) 2963281
 Bogotá - Colombia
 luisa.leon.alcazar@hotmail.com



RES.DIAN No. Número Autorización
 Electrónica 18764088947372 aprobado en
 20250215 prefijo LLFE desde el número 301
 al 1500 Vigencia: 6 Meses
 No responsable de IVA - Actividad Económica
 8621 - Actividades de la práctica médica, sin
 internación

**FACTURA ELECTRÓNICA DE
VENTA NO. LLFE 325****Fecha y hora Factura**

Generación: 20/11/2025,
 22:53
 Expedición: 20/11/2025, 22:53

Nombre del Cliente

SUBRED INTEGRADA DE
 SERVICIOS DE SALUD NORTE
 E,S,E

Nit ó C.C.

900.971.006-4

Fecha de Vencimiento

2025-12-05

Razón Social

SUBRED INTEGRADA DE
 SERVICIOS DE SALUD NORTE
 E,S,E

Dirección

Calle 66 No. 15-41

Teléfono

(601) 4431790 - Ext. 0

Correo

correspondencia@subrednorte.gov.co

Vendedor

LUISA MARCELA LEON

Centro de Costo

0

CONDICIONES DE VENTA: La firma del comprador en este documento significa la aceptación de la mercancía y la obligación de pagar en los términos y condiciones estipuladas y su conformidad con el pacto de reserva de dominio que aquí se establece. Este documento se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Art 774 del código de Comercio. Nuestra responsabilidad cesa al entregar la mercancía a los transportadores. Reclamos por roturas o saqueo deben hacerse al transportador



| Ítem | Descripción | Cantidad | Vr. Total | Vr. Unitario |
|------|--------------------------------------|----------|--------------|--------------|
| 1 | Procedimientos mes de noviembre 2025 | 1.00 | 2,773,460.00 | 2,773,460.00 |

Total items: 1

| | |
|----------------------|--------------|
| Total Bruto | 2,773,460.00 |
| Total a Pagar | 2,773,460.00 |

OBSERVACIONES:

POR FAVOR NO PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE
NI RETENCION DE ICA PERTENEZCO AL REGIMEN
SIMPLE DE TRIBUTACION

Valor en Letras:

Dos millones setecientos setenta y tres mil cuatrocientos
sesenta pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Clientes Nacionales - \$ 2,773,460.00
Cuota No. 001 vence el 2025-12-
05 por

VENDEDOR

C.C. Ó NIT.:

FIRMA Y SELLO

C.C. Ó NIT.:

CUFE:

f509e2fbbc4eaeadccc56c9044a0436fabb5a36800f3d9fd5e573daf1f5d0f40ccb1b06b5893c990f7579ba9f9dbc4e0