

					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:			leidy dayana espinosa cuevas					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1031163014
CORREO ELECTRONICO:			leespinosa2701@gmail.com			CELULAR:		3057495308
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			ORTOPEDIA OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10I02	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			550488414696101				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		2573			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2308	FECHA	2025-11-26 15:54:20.000		NÚMERO DE CRP	51521	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL - SERVICIOS HOSPITALARIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01			2025-12-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$9,804,000			
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:					\$104,272,000			
VALOR EJECUTADO					\$102,904,000			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$9,804,000			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$1,368,000			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					99%			
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	
91607911 - 92511388	\$3,739,200	\$467,400		\$598,272	3	\$91,087	\$1,156,759	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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
Recibir y diligenciar diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno	Recibe y diligencia diariamente, a través de la reunión de entrega de turno, el libro de entrega de turno durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo bajo los parámetros legales éticos y profesionales con los que ha sido contratado.	Libro de entrega de turnos.
Elaborar el listado de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred.	Elaboré listados de pacientes de cada una de las áreas asignadas, con el fin de conocer lo que se tiene pendiente en lo referente al diagnóstico, tratamiento, remisión y/o reubicación en la subred, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro de entrega de turnos.
Evolucionar y formular órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas	Evolucioné y formulé órdenes médicas a pacientes según las áreas asignadas, durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias Clínicas de cada paciente.
Presentar los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente	Presenté los pacientes del área asignada al médico internista o especialista pertinente. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias Clínicas de cada paciente.
Participar en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias	Participé en las reuniones de juntas médicas interdisciplinarias durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias Clínicas de cada paciente.
Colaborar y/o realizar procedimientos médicos pertinentes al área asignada	Colaboré y realicé procedimientos médicos pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias Clínicas de cada paciente.
Diligenciar los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada.	Diligencié los certificados médicos de defunción requeridos y pertinentes al área asignada. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Lista de asistencia a capacitaciones.
Diligenciar los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado	Diligencié los formatos institucionales requeridos para cada paciente asignado. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo, bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Historias Clínicas de cada paciente.
Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución.	Participé en el proceso de enseñanza - aprendizaje a los estudiantes, según los convenios docencia servicio con que cuenta la institución. durante el mes a certificar de acuerdo con la programación de turnos del mismo., bajo los parámetros legales, éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Libro de entrega de turnos.
Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	Asistencia a actividades, reuniones.	Conocimiento y actualización.
Asistir a comités de infecciones en la Unidad de servicios de Salud Occidente de Kennedy y a nivel de la Subred Suroccidente	Se asisten a los comités de infecciones programados de la Subred Suroccidente en ASDINGO el tercer jueves de cada mes.	Actas y listado asistencia de comité.

Pagar sus aportes al sistema general de seguridad social integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario de cada me	Pagué aportes al sistema general de seguridad social integral sobre los montos legales establecidos y dentro de los quince (15) primeros días calendario del mes a certificar, de acuerdo con el monto legal establecido, bajo los parámetros éticos y profesionales con los que he sido contratado.	Copia de planilla pagada.
10 . Participar en las reuniones de actualización programadas por el servicio	Asistencia a actividades, reuniones	Conocimiento y actualización.
<p>RODOLFO DUARTE CELY 80158750 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS
CC 1031163014 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE \$ 9.804.000 (NUEVE MILLONES OCHOCIENTOS CUATRO MIL PESOS M/CTE) POR
CONCEPTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO MÉDICO AYUDANTIA QUIRURGICA –
ORTOPEDIA EN LA - UNIDAD DE KENNEDY, DURANTE EL PERIODO DE 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE
2025 DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS
N°2573-2025.


LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS
CC 1031163014 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS DAVIVIENDA
NUMERO 0550488414696101

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031163014	LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS		CALLE 26 B SUR #12 H 73	3057495308	LEIDYDAYAN27@HOTMAIL.CO M
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	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	17/12/2025	91607911	\$1.148.200	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	459.800	0		0		0	14	4.100	0	463.900	1

TOTALES PENSIÓN												
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
230301	Porvenir	800224808-8	588.600	0	0	0	0	14	5.200	0	593.800	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	89.700				89.700	14	800	90.500			897	90.500	1

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

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	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	459.800	463.900
Pensión	1	588.600	593.800
Riesgos Laborales	1	89.700	90.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.138.100	1.148.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031163014	LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS		CALLE 26 B SUR #12 H 73	3057495308	LEIDYDAYAN27@HOTMAIL.CO M
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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	I	17/12/2025	91607911	\$1.148.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1031163014	ESPINOSA CUESTAS LEIDY DAYANA	59	0			N																	230301	3.678.400	588.600	0	0	0	0	EPS008	3.678.400	459.800	14-11	3.678.400	3	89.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
91607911	17/12/2025				EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	N	19/12/2025	92511388	\$19.000	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	7.600	0		0		0	16	100	0	7.700	1

TOTALES PENSIÓN				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
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230301	Porvenir	800224808-8	9.700	0	0	0	0	16	100	0	9.800	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	1.400				1.400	16	100	1.500			14	1.500	1

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

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	16	0	0	0
ICBF				
0	16	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	7.600	7.700
Pensión	1	9.700	9.800
Riesgos Laborales	1	1.400	1.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	18.700	19.000

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1031163014	LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS		CALLE 26 B SUR #12 H 73	3057495308	LEIDYDAYAN27@HOTMAIL.CO M
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
91607911	17/12/2025				EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-11	2025-11	N	19/12/2025	92511388	TOTAL A PAGAR
					\$19.000

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari 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	1031163014	ESPINOSA CUESTAS LEIDY DAYANA	59	0			N																		230301	3.739.200	598.300	0	0	0	0	EPS008	3.739.200	467.400	14-11	3.739.200	3	91.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Medellín, 17 de diciembre de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY DAYANA ESPINOSA CUESTAS identificado(a) con C1031163014 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10311630142535151209