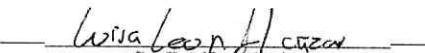



	<b>INFORME DE EJECUCIÓN DE CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>	CÓDIGO: AP-CT-F-50
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E.	VERSIÓN: 4
	GESTIÓN CONTRACTUAL	PÁGINA: 1 DE 1 FECHA: 07/11/2024

<b>AREA Y/O SERVICIO: IMÁGENES DIAGNOSTICAS</b>						<b>UNIDAD:</b>					
No. DE CONTRATO: 6374-2025			PERIODO CERTIFICADO			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
NOMBRE DEL SUPERVISOR: MARTHA BIBIANA BERNAL RODRIGUEZ			NOMBRE DEL CONTRATISTA: LEÓN ALCAZAR LUISA MARCELA			1	12	2025	31	12	2025
DOCUMENTO: 1016018467			OBJETO DEL CONTRATO: Prestar sus servicios como Médico Especialista en Radiología en el área de Imágenes Diagnósticas de la Subred Norte 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, así: - 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 Guías de Manejo de su especialidad para todos los procedimientos, mantenerlas actualizadas mediante la revision y adaptacion con Guías 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 radiología cuando las imágenes presentaban algún artefacto y se reportó 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	participo 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 estandares 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	participo en las diferentes capacitaciones desarrolladas por la subred norte
15. Dar tramite segun terminos de ley a peticiones, quejas, reclamos y requerimientos.	verifiquo las quejas y poticiones 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, evaluacion, y retroalimentacion de los convenios, auditorias internas y externas y/o contratos suscritos de venta de servicios.	di apoyo en la verificación de las acciones de mejora de auditorias internas y externas en la subred norte

17. Participar activamente en los puntos de control interno del servicio como son calidad de las imagenes, reportes de eventos de seguridad (incidentes o de eventos adversos), reporte de resultados criticos, 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 demas elementos disponibles para el desarrollo de sus actividades. Asi mismo informar oportunamente el deterioro o mal funcionamiento de estos.	verifique que los equipos radiologicos del servicio para los cuales se reportan novedades al area de biomedicos
19. Cumplir con las disposiciones legales en relacion con el Programa Institucional de Gestion ambiental (segregacion adecuada).	di cumplimiento a las disposiciones del programa de gestion ambiental
20. Cumplir las normas de proteccion radiologica.	di cumplimiento de las normas con los elementos de proteccion radiologica en el servicio
21. Responder por la organizacion e implementacion en los procesos de Habilitacion y Acreditacion de la Subred Norte.	di cumplimiento en los procesos de habilitacion y acreditacion apoyando cada uno de los estandares asignados para el servicio
22. Las demas que emerjan de la orden de prestacion 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 ejecucion del contrato
<b>OBSERVACIONES:</b>	
<b>TOTAL A PAGAR (10.740,480): DIEZ MILLONES SETECIENTOS CUARENTA MIL CUATROCIENTOS OCHENTA M/CTE (\$)</b>	
 NOMBRE COMPLETO, CÉDULA Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LUISA MARCELA LEON ALCAZAR CC: 1016018567	Fecha : 31 / 12 / 2025  FIRMAS DE ASESORADO SUPERVISOR 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				
2025-11	2025-11	1	11/12/2025	91967156	\$2.440.200	

## 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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	937.500	0		0		0	0	0	0	937.500	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	
230901	Skandia Pensiones Obligatorias	800253055-2	1.200.000	0	0	37.500	37.500	0	0		1.275.000	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	182.700				182.700	0	0	182.700			1.827	182.700	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	45.000	0	0	45.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	937.500	937.500
Pensión	1	1.275.000	1.275.000
Riesgos Laborales	1	182.700	182.700
CCF	1	45.000	45.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>2.440.200</b>	<b>2.440.200</b>

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	
2025-11	2025-11	I	11/12/2025	91967156	\$2.440.200		

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																	
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	1016018467	LEON ALCAZAR LUIZA MARCELA	59	0			N																	230901	7.500.000	1.200.000	0	0	37.500	37.500	EPS005	7.500.000	937.500	14-11	7.500.000	3	182.700	CCF24	7.500.000	45.000	0	0	0	0	0

# PAGADA

LUISA MARCELA LEON ALCAZAR

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



LUISA LEON

Factura electrónica de venta  
 N°. LLFE 328

Fecha y hora Factura

Generación 11/12/2025,  
 14:35  
 Expedición 11/12/2025,  
 14:35  
 Vencimiento 09/01/2026  
 LUISA  
 Vendedor MARCELA  
 LEON  
 Centro de  
 costo 0  
 Cotización



Cliente: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E,S,E  
 Nit: 900.971.006-4  
 Teléfono: (601) 4431790 - Ext. 0  
 Dirección: Calle 66 No. 15-41  
 Ciudad: Bogotá - Colombia  
 Correo: correspondencia@subrednorte.gov.co

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total	Vr. Unitario
1	PROCEDIMIENTOS MES DE DICIEMBRE	1.00	10,740,480.00	10,740,480.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Diez millones setecientos cuarenta mil cuatrocientos ochenta pesos m/cte

Forma de pago:

Crédito

Medio de pago:

Otro - Clientes Nacionales - Cuota No. 001 vence el 2026-  
 01-09 por \$ 10,740,480.00

Total Bruto 10,740,480.00

Total a Pagar 10,740,480.00

Observaciones:

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

Elaborado por

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 18764088947372 aprobado en 20250215 prefijo LLFE desde el número 301 al 1500 Vigencia: 24 Meses

Firma recibido

No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 0  
 CUFE: 7576472e731769bf7ec3f04e7d3f65166e82911d7b39d957087d3645d16ca589467d3a5908d3b5b4a9aa69f4b4cf32c3

