

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
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	%	Centro de costo	%			
	KE10A03	90	SU43A03	10			
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	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53677	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2025-12-01		2025-12-31

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:	\$189,643,606
VALOR EJECUTADO	\$189,643,606
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$16,764,738
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
9496110432	\$6,705,895	\$838,237	\$1,072,943	3	\$163,356	\$2,074,536

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre 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

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatología.	Realice consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatología	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 tinal.	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 código 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

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
2025-12	2025-12	2076870040	9497809002	I	2026/01/21	2026/01/13	BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,276,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO					PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres		Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
<b>Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)</b>					\$6,706,000	\$1,140,200			\$6,706,000	\$838,300			\$6,706,000	\$134,200			\$6,706,000	\$163,400			\$0	\$0	
<b>Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)</b>					\$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		
<b>Total</b>	<b>Afiliados( 1)</b>				\$6,706,000	\$1,140,200			\$6,706,000	\$838,300			\$6,706,000	\$134,200			\$6,706,000	\$163,400			\$0	\$0	

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
2025-12	2025-12	2076870040	9497809002	I	2026/01/21	2026/01/13	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	
<b>TOTAL</b>				<b>1</b>	<b>\$2,276,100</b>	<b>\$0</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2,276,100</b>	



Consultorio  
**1018**

**Factura Electrónica de Venta**  
**Nro. Doc.:** M20  
**Fecha y Hora de Generación:** 2026-01-27 00:00:00  
**Fecha validación:** 2026-01-27 12:17:04-05:00  
**Fec. Vcto.:** 2026-01-27



**N° Resolución:** 18764098507692 **Prefijo:** M **Consecutivo:** 1 hasta 400 **Fecha:** 2025-09-11 hasta 2027-09-11

Datos del Emisor	Datos del Adquirente
<b>Razón social/Nombre:</b> DUARTE VESGA LEYDY MARIA <b>NIT:</b> 53031880-0 <b>Actividad Económica:</b> 8699 <b>Responsabilidad:</b> Régimen Simple de Tributación – SIMPLE - <b>Dirección:</b> CR 7 B 134 B 66 TO 3 AP 703 - BOGOTÁ, D.C. - Bogotá - CO <b>Teléfonos:</b> 3138829731 <b>Contacto:</b> DUARTE VESGA LEYDY MARIA <b>E-mail:</b> lduarte28@gmail.com	<b>Razón social/Nombre:</b> SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDEN <b>NIT:</b> 900959048-4 <b>Dirección:</b> CALLE 9 #39-46 - BOGOTÁ, D. C. - BOGOTÁ - CO <b>Teléfonos:</b> 3118421081 <b>E-mail:</b> 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 Ítems			1						

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

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

Información Adicional
ACTIVIDADES POR DERMATOLOGIA REALIZADAS EN EL ME DE ENERO 2026 PERTENEZCO AL REGIMEN SIMPLE DE TRIBUTACION.

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	Otro	2026-01-27							