Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	Leonardo Alberto moreno rodriguez										
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C		X		C.E			No.	1026571387		
CORREO ELECTRONICO:	leo.morenor92@hotmail.com							CELULAR:	3166925327		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:								SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG URGENCIAS ESPECIALIZADAS USS BOSA							SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%			
	BO35B04	10	B035A25	20	B035I02	30	BO35C11	40			
ENTIDAD FINANCIERA:	BBVA COLOMBIA S.A						TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	142527530								PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	276			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20108	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN ORTOPEDIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-06-01		2026-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$7,100,652				
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:	$79,563,716
VALOR EJECUTADO	$58,443,828
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$7,100,652
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$21,119,888
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	73%

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
86044355	$5,097,904	$637,238	$815,665	3	$124,185	$1,577,088

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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. Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad 2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Valoración clínica de pacientes con patología osteomuscular traumática y no traumática. Formulación de plan de manejo médico o quirúrgico. Realización de procedimientos como reducción de fracturas, inmovilizaciones, infiltraciones o cirugías ortopédicas según programación. Registro completo en historia clínica conforme a normatividad vigente.	Notas de consulta externa, urgencias o evolución hospitalaria. Descripción quirúrgica en historia clínica. Órdenes médicas y plan de manejo registrados
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación 4. Participar en la programación de actividades del área	Registro diario de procedimientos y cirugías realizadas. Participación en programación quirúrgica y agenda de consulta externa.	Reporte de actividades asistenciales registradas en sistema institucional. Participación en programación quirúrgica documentada
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente 6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	Reporte oportuno de complicaciones quirúrgicas, infecciones asociadas a la atención en salud y eventos adversos. Participación en comités de morbimortalidad y seguridad del paciente.	Formatos de notificación diligenciados. Actas o registros de participación en comités (cuando aplique)
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente 8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Indicaciones al equipo asistencial sobre manejo postoperatorio, inmovilización y rehabilitación. Diligenciamiento adecuado de consentimientos, listas de chequeo quirúrgico y formatos institucionales.	Consentimientos informados firmados. Checklist quirúrgico diligenciado. Órdenes médicas registradas
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento 10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Explicación del procedimiento quirúrgico y riesgos al paciente y familia. Seguimiento postoperatorio y control de evolución clínica.	Consentimiento informado firmado. Notas de evolución y controles postquirúrgicos registrados en historia clínica
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención 12. Emitir conceptos médicos que se le requieran	Información clara sobre diagnóstico, pronóstico y plan terapéutico. Emisión de conceptos médicos, incapacidades o valoraciones especializadas cuando se requier	Registro de información brindada. Conceptos médicos e incapacidades emitidas
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred 14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Cumplimiento de guías clínicas institucionales y protocolos quirúrgicos. Elaboración y entrega de informe mensual de actividades al supervisor del contrato	Informe mensual entregado. Evidencia de adherencia a protocolos institucionales
15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. 16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Uso adecuado de instrumental quirúrgico y equipos asignados. Participación en capacitaciones, juntas médicas y reuniones del servicio	Registro de asistencia a capacitaciones. Actas de junta médica cuando aplique
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos 18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extrainstitucionales	Aplicación de procesos institucionales (referencia y contrarreferencia, auditorías clínicas). Apoyo en jornadas especiales quirúrgicas o brigadas cuando sea requerido.	Evidencia de aplicación de procedimientos. Reporte de participación en jornadas institucionales.
19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred 20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Registro oportuno de actividades asistenciales en el sistema institucional. Participación en investigaciones clínicas o revisiones de casos cuando sea convocado.	Reporte de actividades registradas. Soporte de participación en procesos investigativos (cuando aplique)
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado 22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente 23. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Supervisión de contratos: No aplica si no ha sido designado. Entrega mensual de planilla PILA. Cumplimiento de actividades adicionales acordes con el objeto contractua	Planilla de seguridad social pagada. Supervisión: No aplica para el periodo (si no fue designado). Soportes de actividades ejecutadas

Copia Controlada
Sólo Consulta

GUSTAVO ANTONIO SALAS GARZÓN
80423600
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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-06-03, 09:56:57 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 86044355

Periodo Cotización 202605 **Periodo Servicio** 202605

PAGADA 2026-06-03 09:54:53.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LEONARDO ALBERTO MORENO RODRIGUEZ				
Documento	CC 1026571387	**Dirección**	CL 57 #52 - 40 APARTAMENTO 401		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	2213874		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1026571387		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					MORENO RODRIGUEZ LEONARDO ALBERTO	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 10.326.593	25-14		16 %	$ 10.326.593	$ 1.652.300	$ 51.700	$ 51.700	EPS005		12,5 %	$ 10.326.593	$ 1.290.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 10.326.593	$ 251.600	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 1.652.300	$ 51.700	$ 51.700	$ 1.290.900	$ 251.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 3.298.200

Enlace Operativo – Línea Expertos en PILA: Barranquilla (605) 385 24 44 · Bogotá (601) 742 44 88 · Bucaramanga (607) 697 87 27 · Cali (602) 485 94 44 · Cartagena (605) 693 77 27 · Pereira (606) 340 13 27 · Manizales (606) 892 80 27 · Medellín (604) 604 27 27 · Desde otras ciudades: 01 8000 51 99 77 · WhatsApp: 3164416952

ARL

Medellin, 26 de junio de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **LEONARDO ALBERTO MORENO RODRIGUEZ** con documento de identidad **C1026571387**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2025-03-12	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

31224994-4cab-4116-9903-b9b89414da14

Certificado de Participación

La Organización Panamericana de la Salud

certifica que:

Leonardo Moreno Rodriguez

ha participado y aprobado el Curso Virtual

Precauciones básicas: higiene de manos (COVID-19)

(versión en español revisada y adaptada para la región de las Américas del material disponible en OpenWHO)

Ofrecido a través del Campus Virtual de Salud Pública

Horas: 1 - Porcentaje de aprobación: 100,00 %

4 de junio de 2026

Dr. Jarbas Barbosa da Silva Jr.
Director

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Región de las Américas

OPS

CAMPUS VIRTUAL DE SALUD PÚBLICA

*La autenticidad de este certificado se puede verificar en https://campus.paho.org/mooc/mod/simplecertificate/verify.php?code=31224994-4cab-4116-9903-b9b89414da14

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
d72dee5dd91edb00b8548df5f2d5d707e79573a04f00201742737c234992f3ecf0cdee6c9384d3ed5e6eacd8ec3c92a0

Número de Factura: FELM-36
Fecha de Emisión: 26/06/2026
Fecha de Vencimiento: 26/06/2026
Tipo de Operación: 10 - Estándar
Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Consiganción bancaria
Orden de pedido:
Fecha de orden de pedido:

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MORENO RODRIGUEZ LEONARDO ALBERTO
Nombre Comercial: MORENO RODRIGUEZ LEONARDO ALBERTO
Nit del Emisor: 1026571387
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
Actividad Económica: 8699
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: CL 57 52 40 AP 401
Teléfono / Móvil: 3166925327
Correo: leo.morenor92@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900959048
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica
Régimen fiscal: O-13;R-99-PN
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica
País: Colombia
Departamento: Bogotá
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.
Dirección: Calle 9 39 46
Teléfono / Móvil: 0000000
Correo: jefecontabilidad@subredsuroccidente.gov.co

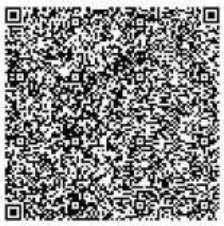
Detalles de Productos

								IMPUESTOS				Precio unitario de venta
Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IVA	%	INC	%	
1	85101501	Honorarios Especialista Ortopedia mes Junio 2026 según contrato 276 2026	NIU	1,00	$ 7.100.652,00	$ 0,00	$ 0,00					$ 7.100.652,00

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
26/06/2026 22:04:53
Documento validado por la DIAN:
26/06/2026 22:04:53
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	7100652
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	7100652
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	0
Total neto factura (=)	7100652
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 7100652

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	7.100.652,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	7.100.652,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	0,00
Total neto factura (=)	7.100.652,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=) COP $	$ 7.100.652,00

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764092312743 Rango desde: 1 Rango hasta: 2000 Vigencia: 2027-04-24