

					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:			LESLIE VANESSA CRUZ HERRERA					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1049605142
CORREO ELECTRONICO:			pedvanessacruz@gmail.com			CELULAR:		3142387935
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y MEDIO AMBIENTE OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	KE10N10	100						
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			570176370045583				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		221			VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	1146	FECHA	2026-05-14 15:16:14.000	NÚMERO DE CRP	20068	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		ESPECIALISTA INFECTOLOGO PEDIATRA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2026-06-01			2026-06-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$11,510,856				
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:						\$69,065,136		
VALOR EJECUTADO						\$57,554,280		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$11,510,856		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$11,510,856		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						83%		
El intervisor 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		
86436468	\$4,604,342	\$575,543	\$736,695	3	\$112,162	\$1,424,399		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Junio de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
ELENA VISITACION CASTRO SOLARTE 52050431 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
1) Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. 2) Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes 5) Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso 6) Llevar registro de la atención de las 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 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.11) Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. 13) Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se hace abordaje integral al paciente y se emite la conducta a seguir con el diagnóstico y terapéutica de acuerdo con cada paciente registrándose en la historia clínica del aplicativo institucional.	Se alimenta la información en la historia clínica
4) Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado. 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. 22) Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las reuniones relacionadas con el servicio para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	lista de asistencia en el caso de que se genere
8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. 9) 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. 15) Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Mensualmente se realizan las reuniones del servicio relacionadas con el programa del servicio con el cual realizo mis actividades; reuniones para determinar los objetivos del servicio y mejorar las tasas de atención	Estudios estadísticos y consolidado de información para optimizar el recurso de la institución
19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Realicé mis actividades teniendo en cuenta toda la normatividad vigente y con los lineamientos éticos, morales, jurídicos, compromiso médico, con humanización y cumpliendo a cabalidad la misión institucional	no aplica
20) Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. 24) Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	mensualmente presento mi cuenta de cobro registrando las actividades de acuerdo con el objeto del contrato adjuntando los soportes de acuerdo con la normatividad vigente	cuenta de cobro en el aplicativo correspondiente
21) Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuidé el recurso suministrado por la institución para realizar mis actividades diarias.	no aplica

ELENA VISITACION CASTRO SOLARTE
52050431
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

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

Actividad Económica: 8621 - Actividades de la práctica médica, sin internación

Razón Social: LESLIE VANESSACRUZ HERRERA
Identificación: 1049605142-4
Teléfono: 3142387935
Dirección: Av NQS 52 38 aptos galerías 52 apto 306, Bogota, D.C., Bogota, Colombia.
Condición IVA: IVA
Responsabilidad fiscal: Régimen Simple de Tributación

Número: L-80
Fecha: 22/06/2026 19:47
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria

Sr. (es): SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
Dirección: CL 0 39 46, .
Municipio: Bogota, D.C., Bogota, Colombia.
Muni. Dest.: Bogota, D.C.

NIT: 900959048-4
Tel: 4546800

Lin. Cód.	Artículo	Observaciones	Cant.	Unidad	IVA%	Precio	% Dto.	Total
1	servicios médicos de pediatría		1.00	Und	0%	11,510,856.00	0.00	11,510,856.00

Total de líneas: 1

Esta factura se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio de conformidad con el art. 3, de la Ley 1231 de 2008. Autorizo que en caso de incumplimiento de esta obligación sea reportado a las centrales de riesgo, se cobren intereses por mora.

Subtotal: 11,510,856.00
Descuento: 0.00
Total Bruto: 11,510,856.00

A efectos de la Resolución N° 000165 del 01/11/23, este comprobante se encuentra expresado en moneda de curso legal, Pesos Colombianos.

Fecha y hora de validación: 22/06/2026 19:48

CUFE: 4853e82810069f014529aaafa8ae1a414a5fd3226848b2d866a24a89ca87d7ed73de67f99a9ebf0c512f635e2ef1414c

Firma Digital: nUdijCLLDEH0ApWFH+qjWlsul2qFjdeul/nYwk5QSIboLrcZ8czE6xqS4Myz7SQ
i9nUKlg0saAWiy+h4Qil6X00J8BoL3NhOKZ0hAyQyujS/sNkdNPEIZUJXfnt+Xk
9xPxGz0wQiUC4L2vJK2B/8c5fY5e9PWD2l9rdjk3WNJRy5Q0y33J1UO6l8vtC6Ks
fdhGmBkiWAyejMqUeQIDarUT8oIP4Yra2QG5xfHOYCVcuT2qf7c8ixFiaeUdU/C
N4xVFOtJT9edhJ/3+bJx77GhhuQhlfVcabKdcStVCxP9zLnhxro8DliY7AyTNGa
KvgQe+BawZWYGPjtZCJtBQ==

Software: Xubio (Visma Enterprise SAS - NIT: 900.839.261-2)
Proveedor Tecnológico: Cadena S.A. Nit: 890.930.534-0

Resolución de factura electrónica: 18764081919848 del 2024-10-22 al 2026-10-22. Rango: L-26 al L-100.

Representación gráfica de la factura electrónica según párrafo 1, artículo 3 decreto 2242 de 2015 078-93053

Valor a Pagar: 11,510,856.00



HECHO EN
XUBIO.com

Página 1 / 1



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-06-22, 04:03:01 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	mayo de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	mayo de 2026
Empresa	LESLIE VANESSA CRUZ HERRERA
CEDULA CIUDADANIA	CC 1049605142
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	86436468
Tipo de Planilla	N
Número Transacción Bancaria/ CUS	412645349
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	\$ 1.541.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 839.900	\$ 7.500
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	\$ 575.600	\$ 5.100
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	\$ 112.200	\$ 1.000
SubTotales:				\$ 1.527.700	\$ 13.600
Total a Pagar:					\$ 1.541.300





LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

LESLIE VANESSA CRUZ HERRERA identificado con CC. 1049605142 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombres y/o Razón	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
Tipo y Numero de Documento	null - 900959048

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de inicio de cobertura	2025/05/20	Fecha inicio contrato	2025/05/19
Tipo de vinculación	Independiente con Contrato	Fecha de fin contrato	2026/07/31
Riesgo	3	Código actividad económica	3861001 - Actividades de hospitales y clínicas, con internación, comprende las actividades que consisten principalmente en
Estado afiliación	Activa		
Fecha retiro	2026/07/31	Estado del contrato	Activa

Esta certificación se expide a los 22 días del mes de junio del 2026.

Tenga en cuenta que, una vez finalice la fecha de terminación del contrato, el sistema aplicará automáticamente el retiro. Si tiene un nuevo contrato o prórroga, registre la novedad en www.positivaenlinea.gov.co para mantener la cobertura.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC22062026L1049605142c19186953**. Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:
Nit. 860.011.153-6 | **Línea Gratuita Nacional:** (+57) 01-8000-111-170 - **Teléfono:** +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia(Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. – 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.

Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>
Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de

