Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.			
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
	Fecha de aprobación	2/15/2018	
	Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Michelle Alejandra Monroy Cárdenas								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1032498956			
CORREO ELECTRONICO:	alejandra.cardenas200498@gmail.com				CELULAR:	3116161018			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10C10	50	KE10I03	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	38384686203				PENSIONADO	NO			

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

NÚMERO DE CONTRATO	224			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1161	FECHA	2025-05-19 12:20:03.000	NÚMERO DE CRP	27555	FECHA	2025-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-01		2025-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$5,928,000			
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:	$31,570,400
VALOR EJECUTADO	$22,116,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,928,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,454,400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	70%

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
1070508951	$2,827,200	$353,400	$452,352	3	$68,871	$874,623

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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
Realizar actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente	Realizo actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el manejo de patologías.	Historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para manejo adecuado de historia clínica	Historia clínica
Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, asi 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	Registro los procedimientos, actividades e intervenciones realizados	Historia clínica
Cumplir con la exigencias legales y eticas para el maneko adeucado de la historia clinica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para manejo adecuado de historia clínica	Historia clínica
Participar en la programación de actividades del área	Participó en las actividades del área	actas de asistencia
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	Reporto los eventos de notificación obligatoria	Fichas de notificación
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	Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio y participó en su análisis	Actas
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados	Historia clínica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar en forma adecuada los formatos con legibilidad, oportunidad e integralidad.	Historia clínica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenció el consentimiento informado	Historia clínica
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Práctico el seguimiento y control a pacientes	Historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emito conceptos médicos	Historia clínica
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Presencialidad
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenció el consentimiento informado	Historia clínica
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboró el informe mensual sobre el desarrollo y avance de actividades y las entregó al supervisor del contrato	cuenta de cobro
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Respondo por elementos entregados para el desempeño de actividades asignadas	presencialidad
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participó en jornadas de capacitación, inducción equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos	Actas de asistencia
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Cumplo procedimientos establecidos por Subred	Actas de asistencia
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la subred en actividades inter y extrainstitucionales según demanda	Actas de asistencia
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred	Registro las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio	Historia clínica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Realizó la supervisión de los contratos designados	sideap, contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregó constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social, pensiones y riesgos profesionales mensuales	cuenta de cobro
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo actividades acorde con el contrato	Contrato y presencialidad

Copia Controlada
Subred Suroccidente

AMPARO LEONOR RAMIREZ CORREDOR
51960113
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

Factura Electrónica de Venta FE - 5

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764087035686 de 11/01/2025 - 11/01/2027 autoriza FE-1 a FE-100

MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS NIT 1032498956
Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	26/04/2025 13:03
Fecha de Vencimiento	26/04/2025 13:03
Fecha de Validación	26/04/2025 13:04
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP

DATOS DEL EMISOR

Razón Social	MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS
CC	1032498956
Obligación	NO APLICA
Email	alejandra.cardenas200498@gmail.com
Teléfono	3116161018
Dirección	CL 8 10 02 CA 55
Ciudad, Depart.	MADRID, CUNDINAMARCA (CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social	Subred integrada de servicios de salud suroccidente E.S.E
NIT	900959048
Obligación	IVA
Email	alejandra.cardenas200498@gmail.com
Teléfono	3116161018
Dirección	
Ciudad, Depart.	

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	01	Turnos asistenciales	156	EA	$38,000.00		$5,928,000.00	$5,928,000.00

1

Subtotal	$5,928,000.00
Total a Pagar	$5,928,000.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 2ecbdc419d13c601a34c5580683351c7d6da99b1270e1977e4c2b4381d6ffe8286311c0d4e934890b585bbe5f40f0842

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-05-13, 08:46:09 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1071905131

Periodo Cotización: abril de 2025 **Periodo Servicio:** abril de 2025

PAGADO 13/05/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS		
Documento	CC1032498956	**Dirección**	CL 8 #10 - 02 CASA 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3116161018
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	MADRID	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1032498956	MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS	59	00										X							0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.371.200	$ 379.400	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	$ 2.371.200	$ 296.400	2,436	$ 2.371.200	$ 57.800	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 733.600

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.371.200	$ 2.371.200	$ 2.371.200	$ 0	$ 379.400	$ 296.400	$ 57.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 733.600	$ 0	$ 733.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.