CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS identificado(a) con CC 1032498956 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**05/11/2018**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL VIVA BOGOTA - SEDE SUBA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de febrero del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.032.498.956**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Febrero del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Hacienda

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS** identificado con **CC** No. **1032498956**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E - NI. 900959048	**Fecha de inicio de cobertura:** 18/01/2025 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 17/01/2025 **Fecha fin de Contrato:** 16/02/2025 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723 **Clase de Riesgo:** 3

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012160005.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
APO_13_2_2_FR01 v_09
MIS_4_1_3_FR15 v_010

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:	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:	HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	KE10I03	100							
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	200	FECHA	2025-01-24 15:21:25.000	NÚMERO DE CRP	13837	FECHA	2025-01-31 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-01-17		2025-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$3,192,000			
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:	$3,298,400
VALOR EJECUTADO	$3,192,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,192,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$106,400
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	97%

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
Primer pago	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero 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 señalados para el manejo de patologías	historia clinica
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 el adecuado manejo de la historia clínica	historia clinica
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	Llevo registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones	historia clínica
Cumplir con la exigencias legales y eticas para el maneko adeucado de la historia clinica	Cumplo con la exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	historia clinia
Participar en la programación de actividades del área	Participar en la programación de 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,	Historia clinica
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	historia clinica
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos	Historia clinica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historia clinica
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Practico el seguimiento y control a pacientes	Historia clinica
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 clinica
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emito conceptos médicos que se le requieran	Historia clinica
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	Historia clinica
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencio el consentimiento informado acorde al procedimiento	Historia clinica
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato	Historia clinica
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 los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos	historia clinica
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos	Historia clinica
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos	Conoco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred	Historia clinica
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	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 clinica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Realizo supervisión de los contratos para los que sea designado.	contrato
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Cuenta de cobro
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realizo las demás actividades que le sean asignadas de acuerdo al contrato	contrato

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 - 2

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	31/01/2025 13:01
Fecha de Vencimiento	31/01/2025 13:01
Fecha de Validación	31/01/2025 13:01
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	Horas laboradas	84	EA	$38,000.00		$3,192,000.00	$3,192,000.00

1

Subtotal	$3,192,000.00
Total a Pagar	$3,192,000.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 86c4443a9e9135f2fe5ca05db22cf9b740336eeb71dae70b0f4e91df7e8858317405aecc30987787045f7b564e061955