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:	SILVIA VALENTINA MONSALVE RICO								
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1005062107			
CORREO ELECTRONICO:	silviavmonsalver.md@gmail.com				CELULAR:	3213432910			
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED				
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	URG OBSERVACIÓN ESPECIALIZADAS USS OCCIDENTE DE KENNEDY				SEDE:	SUBRED			
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	KE10B04	50	KE10I03	50					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA				TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	6320063						PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	232			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1390	FECHA	2025-06-19 15:28:53.000	NÚMERO DE CRP	30924	FECHA	2025-06-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL - SERVICIOS HOSPITALARIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-05-01		2025-05-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,104,000				
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:	$35,218,400
VALOR EJECUTADO	$25,536,000
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,104,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$9,682,400
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
4602276119	$2,280,000	$285,000	$364,800	3	$55,541	$705,341

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo 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 las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Manejo de patologías del servicio de ginecoobstetricia en sus distintas áreas de urgencias, hospitalización y consulta externa realizando su respectivo diagnóstico y tratamiento	Pacientes de ginecoobstetricia con adecuado manejo integral de sus patologías
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	Diligenciamiento adecuado en historia clínica, solicitudes, reportes, fichas e informes estadisticos a través del sistema Dinamica	Historias clínicas, solicitud de servicios e informes estadisticos completos y debidamente registrados
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Cumplo con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Historias clínicas del servicio de ginecología y obstetricia debidamente diligenciadas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Diligenciamiento de las fichas de notificacioón obligatoria	Fichas de notificacion debidamente dilingeciadas en Dinamica Web
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Notifico e imparto instrucciones sobre los ordenamientos del paciente a personal de enfermeria	Instrucciones claras sobre el manejo del paciente dadas a personal de enfermeria
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencio adecuado de historia clínica, ordenes y consentimientos	Historias clínicas claras, legibles, oportunas e integrales
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Realizo seguimiento y control de pacientes indicados por Ginecoobstetras del servicio	Pacientes de ginecoobstetricia con adecuado control y seguimiento de patologías en historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Explico de manera clara a paciente y familiares sobre patología, plan de manejo y atención, además resolver cualquier duda que se genere en el proceso	Paciente y familiares informados sobre su patología plan de manejo y proceso de atención en historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Doy conceptos médicos con sus respectivos informes requeridos	Conceptos médicos consignados en historia clínica Dinamica Web
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Sigo todas las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad	Adecuado cumplimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de la calidad según requerimientos de la subred
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligencio consentimientos informados en distintas áreas de servicio de ginecoobstetricia	Consentimientos debidamente diligenciados y firmados
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Envio informes mensuales sobre el desarrollo de actividades a la Referente técnico del servicio	Informes mensuales sobre el desarrollo y avance de actividades enviados via whatsapp a Referente técnico del servicio
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Cuido y entrego a la persona encargada los elementos dados para el desempeño de actividades en caso de terminación del contrato	Elementos entregados para actividades asignadas
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Asistencia a las jornadas de capacitación, induccion y mejoramiento propuestas por la Subred	Lista de asistencia a actividades convocadas por referente técnico y subred
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Ayudo a que se cumplan e implementen los procedimientos establecidos por la Subred	Procedimientos implementados indicados a través de la referente técnico para el servicio
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 según el sistema de información de la Subred	Historia clínica
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	"Entrego constancia de afiliacion 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, presencialidad
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual	Garantizo la caldiad de los servicios ofrecidos y desarrollo mis obligaciones directas e indirectas del objeto contraactual	Contrato, Historia clínica
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	Conozco y aplico las políticas institucionales	Presencialidad. Historia clínica
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	Participo activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda	Historia clínica

Copia Certificada Subred Suroccidente

Responder por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar. En los casos en los que aplique el CONTRATISTA autoriza con la firma del presente Contrato el descuento de los valores que se generen por glosas definitivas no subsanables aplicadas en contra de la E.S.E. y con ocasión del desarrollo de sus actividades previo seguimiento por parte del supervisor y tramite del área de financiera competente.	Respondo por las glosas generadas en el desarrollo de las obligaciones del presente contrato, si a ello hubiere lugar	Historia clínica
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin. El incumplimiento de esta obligación o la presunta falsedad en su soporte documental serán causal de terminación del contrato, previo seguimiento y notificación por parte del supervisor.	Pago mis aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin.	Cuenta de cobro
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Cumplo con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales	Historia clínica
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato. En caso de incurrir el CONTRATISTA, en extravío, pérdida, destrucción o daño no proveniente del uso normal, de bienes entregados para el desarrollo de sus actividades, se dará aplicación a los parámetros institucionales establecidos para ello y al proceso institucional para reporte de hurtos y/o daños de bienes, además de los lineamientos establecidos por la Compañía de seguros en caso de aplicar.	Velo y respondo por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato	Contrato
Ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	Ejecuto las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones emitidas por los órganos externos, supervisor del contrato y/o directrices internas.	Contrato
Preparar y presentar conforme a su competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	Preparo y presento conforme a mi competencia los informes, solicitudes, peticiones y/o respuestas, requeridas por las entidades públicas o privadas; dentro de los términos de ley, garantizando la veracidad, oportunidad y confidencialidad de los mismos.	Informes
Realizar todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas.	Realizo todas aquellas actividades necesarias tendientes al cabal cumplimiento del objeto del negocio jurídico e informar de manera oportuna las dificultades que se presenten en la ejecución de las responsabilidades u obligaciones asignadas.	Cuenta de cobro. Reporte a referente técnico
El CONTRATISTA se compromete a salvaguardar la imagen institucional. Cualquier actuación o pronunciamiento alguno que hiciere sin el conocimiento y consentimiento de la E.S.E, que comprometa el buen nombre la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. o de cualquiera de sus Unidades de Prestación de Servicios de Salud, será motivo de terminación del contrato previo seguimiento y notificación del supervisor.	Garantizo la atención médica y/o apoyo a la misma al ser consecuencia lógica de la misión médica	Contrato
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	Conozco, promuevo y aplico las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	Presencialidad
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.	Cumplo con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato	Presencialidad
Si el CONTRATISTA desarrolla actividades en los servicios ambulatorios, hospitalarios, urgencias y/o complementarios, como Médico, Médico Especialista, Odontólogo, Odontólogo Especialista, Profesional en Enfermería o Bacteriólogo, se obliga a constituir y mantener vigente Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada, la cual será solicitada por la entidad en el momento que se requiera su soporte.	Constituyo y mantengo vigente la Garantía o Póliza de Responsabilidad Civil Profesional para Profesiones Médicas y Profesionales de la Salud, expedida por entidad legalmente autorizada	Poliza de Responsabilidad Civil
El CONTRATISTA se obliga a realizar actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.	Realizo actividades de Docencia Servicio e investigación cuando lo requiera la Subred de acuerdo al procedimiento establecido para ello.	Presencialidad
El CONTRATISTA se obliga a prevenir el abuso y el acoso sexual, a denunciar cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje.	Prevengo el abuso y el acoso sexual, denuncio cuando tenga conocimiento de casos de violencias basadas en género y hacer un uso no sexista del lenguaje.	Presencialidad y reportes

Copia Controlada Subred Sur Occidente

El CONTRATISTA se obliga a publicar en el expediente electrónico los soportes de la ejecución del presente contrato, para ello, cargará evidencia mensual de la cuenta de cobro aprobada y sus anexos, en Secop II ítem 7 ejecuciones del contrato.	Publico en el expediente electrónico los soportes de la ejecución del presente contrato, para ello, cargo evidencia mensual de la cuenta de cobro aprobada y sus anexos, en Secop II ítem 7 ejecuciones del contrato.	Contrato y cuenta de cobro
cumplir con los lineamientos de la política de derechos Humanos de la Subred y garanticen el cumplimiento de la debida diligencia organizacional en DDHH	Cumplo con los lineamientos de la política de derechos Humanos de la Subred y garantizo el cumplimiento de la debida diligencia organizacional en DDHH	Historia clínica

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1005062107
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SILVIA VALENTINA MONSALVE RICO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 12 B 140 - 74	TELÉFONO:	3213432
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios personales n.c.p.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4602276119**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/05			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9992523627

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 364.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 364.800	$ 0	$ 364.800
SUBTOTALES:										**$ 364.800**	**$ 0**	**$ 364.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 285.000	$ 0	$ 0	$ 285.000
SUBTOTALES:													**$ 285.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 285.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 55.600	$ 55.600	$ 0	$ 0	$ 55.600
SUBTOTALES:									**$ 55.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 55.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES							
																									PENSIÓN								SALUD						ARP														
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 1005062107	MONSALVE RICO SILVIA VALENTINA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.280.000				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.280.000	$ 364.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 364.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.280.000	$ 285.000	$ 0	$ 285.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.280.000	100506210	$ 55.600		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 705.400

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

SILVIA VALENTINA MONSALVE RICO

C.C 1005062107 DE PAMPLONA

La suma de $ 4.104.000 (Cuatro millones ciento cuatro mil pesos), por concepto de: Prestación servicios Profesionales y de apoyo a la gestión como **MEDICO HOSPITALARIO** en el área de Ginecología y Obstetricia dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBREDINTEGRADA DE SERVICIOS DE LA SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional durante el periodo del **01 al 31 de mayo de 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 232-2025.



SILVIA VALENTINA MONSALVE RICO

C.C 1005062107 DE PAMPLONA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTÁ

NUMERO 006320063