

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80821864		GONZALEZ MONTEALEGRE CARLOS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 58 # 129c-03 apto 401 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2265414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1979067661	9495973146	I	2025/12/16	2025/12/03	BANCO DAVIVIENDA	\$2,171,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION					SALUD					CCF				
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,800,000	\$1,156,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$6,800,000	\$1,156,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$6,800,000	\$1,156,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700	
1	CC 80821864	GONZALEZ CARLOS	230301	30	\$6,800,000	\$1,156,000	EPS010	30	\$6,800,000	\$850,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$6,800,000	\$165,700	0
Total Afiliados(1)					\$6,800,000	\$1,156,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80821864		GONZALEZ MONTEALEGRE CARLOS ALFONSO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 58 # 129c-03 apto 401 int 1	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2265414	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION								
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-11	2025-11	1979067661	9495973146	I	2025/12/16	2025/12/03	BANCO DAVIVIENDA	\$2,171,700

RESUMEN DE PAGO								
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,156,000	\$0	\$0	\$1,156,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,156,000	\$0	\$0	\$1,156,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$165,700	\$0	\$0	\$165,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$165,700	\$0	\$0	\$165,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$850,000	\$0	\$0	\$850,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	\$850,000	\$0	\$0	\$850,000
TOTAL				1	\$2,171,700	\$0	\$0	\$2,171,700

					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:			CARLOS ALFONSO GONZÁLEZ MONTEALEGRE					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		80821864
CORREO ELECTRONICO:			Cmp15co@yahoo.com			CELULAR:		3222861708
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			C. EXT DERMATOLOGÍA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10A03	80	KE11A03	20				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			457600058863				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		683			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53678	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- DERMATOLOGO						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-11-01			2025-11-30	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$16,753,416				
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:						\$178,106,582		
VALOR EJECUTADO						\$178,106,582		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$16,753,416		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
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		
9494660187	\$6,705,895	\$838,237	\$1,072,943	3	\$163,356	\$2,074,536		
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
LADY HICEL MORENO ORTEGON 1013607929 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
Realizo consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatología.	Realice consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatología.	Se realiza historia clínica en el sistema Dinamica Gerencial
Brindo servicios de evaluacion, diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.	Brinde servicios de evaluacion, diagnostico y tratamiento a los pacientes de hospitalizacion y urgencias.	Se realiza historia clínica con las indicaciones para lo tratamientos pertinentes según diagnostico.
Portar con los elementos basicos paa el desarrollo de sus actividades	Porte con los elementos básicos para el desarrollo de mis actividades	Se utiliza los elementos de protección persona realizando el registro en las planillas adoptadas por la Subred
Realizar procedimientos programados en el area asignada.	Realize procedimientos programados en el area asignada	Se deja informe quirurgico en la historia clinica del paciente y se valida en el sistema DINAMICA
Diligencio con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de su competencia, los soportes anexos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución	Diligencie con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de mi competencia, los soportes anexos que requiera el usuario para los tramites en la EPS, con los establecido en las normas legales de auditoria y el manual de historias clinicas de la institución	En en aplicativo DINAMICA están el formato de historias clinicas debidamente diligenciadas de las consultas realizadas.
conteste interconsultas que le fueren solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tinal.	conteste interconsultas que le fueron solicitadas por los diferentes servicios del hospital de manera oportuna buscando la solucion pronta de la patologia que aqueja al paciente en la sede uss kennedy y patio bonito tinal.	Se verifica en la historia clinica y en el aplicativo DINAMICA
Aplica normas de bioseguridad, orientando al usuario y la familia.	Aplique normas de bioseguridad, orientando al usuario y la familia. pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio, hospitalización y urgencias	Listado de adherencias y cumplimiento al reglamento
Respeto los derechos del paciente y cumplir con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio, hospitalización y urgencias	Respete los derechos del paciente y cumpla con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio, hospitalización y urgencias	Respete los derechos del paciente y cumpla con el codigo de etica medica y todas las disposiciones legales pertinentes y como servidores estan obligados tanto en el servicio ambulatorio, hospitalización y urgencias
Explicar los procedimientos a realizar al paciente o acompañante.	Explique los procedimientos a realizar al paciente o acompañante	Se le da a conocer al paciente y al acompañante el procedimiento a realizar
Tratar con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros.	Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros	Trate con respeto e imparcialidad a los pacientes y compañeros
Dio aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio.	Di aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio	Di aviso oportuno de aquellos aspectos que puedan generar obstaculos para el desarrollo de la prestación del servicio
<p>LADY HICEL MORENO ORTEGON 1013607929 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

Espacio para
Logo Corporativo

CARLOS ALFONSO GONZALEZ
MONTEALEGRE
NIT 80.821.864-
CARRERA 58 # 129C-03 APTO 401 INT 1
Tel: (031) 3012356004
Bogotá - Colombia
cmp15co@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. 155

Señores	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E.		
NIT	900.959.048-4	Teléfono	(031) 7560505
Dirección	CALLE 9 # 39 - 46	Ciudad	Bogotá - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	18/12/2025, 15:49
Expedición	18/12/2025, 15:49
Vencimiento	18/12/2025

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	ACTIVIDADES POR DERMATOLOGIA CONSULTA INTERCONSULTAS Y CIRUGIA MES DE DICIEMBRE DE 2025	1.00	16,764,738.00

Total items: 1

Valor en Letras:
Dieciseis millones setecientos sesenta y cuatro mil setecientos treinta y ocho pesos
m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 16,764,738.00

Observaciones:

Total Bruto	16,764,738.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	16,764,738.00

Datos adicionales para empresas de sector salud

Código de prestador de servicio: 1100131367 Modalidad de pago: Pago global prospectivo

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Periodo de inicio:
01/12/2025

Plan de servicios:
Plan de beneficios en salud financiado con UPC

Periodo de finalización:
31/12/2025

Número de contrato:
-

Tipo de operación:
SS-SinAporte

Número de póliza:
-

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764101941961 aprobado en 20251124 prefijo desde el número 149 al 500 Vigencia: 6 Meses**
- Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 2ffac0dfa02552b15652c0b7c826dd1af992fe08321454d770ddf7ebf1494942ba02602f1078d4e6fab8c42afd0db9b3