| | | |
|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | 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 |
| ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. | Código: | 04-02-FO-0002 |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | Isabel cristina mendez montenegro | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 55162101 | | |
| CORREO ELECTRONICO: | samy03tr@gmail.com | | | | CELULAR: | 4774342 - 312466461 | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | U. ESP UCI NEONATAL USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | |
| | KE10J04 | 100 | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570107888 | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 328 | | | VIGENCIA | | 2026 | |
| NÚMERO DE CDP | 291 | FECHA | 2026-01-19 06:12:54.000 | NÚMERO DE CRP | 11022 | FECHA | 2026-02-01 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTAS | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-03-01 | | 2026-03-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $3,824,100 | | | | |
| 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: | $15,806,280 |
| VALOR EJECUTADO | $7,393,260 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,824,100 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $8,413,020 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 47% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1079594751 | $1,427,664 | $178,458 | $228,426 | 3 | $34,778 | $441,662 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante |
| 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 | Ejecuto el 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 | Despues de valoracion inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patologia en la historia clínica. |
| 3) Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Se realiza de forma cronologica y evolutiva la historia clinica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinamica Gerencial |
| 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 | Participo 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 | Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones médicasy los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica |
| 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 | Informo 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 | Se registra en la historia clinica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patologia del paciente, educación y plan casero |
| 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 | Llevo el 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 | Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion |
| 7) Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participo en la programación de las actividades de la Subred. | Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de marzo y del asegurate del mes de marzo |
| 8) Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | No aplica |
| 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. | Notifico 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. | Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes. |
| 10) Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patología requiera el paciente |
| 11) 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 propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las histoiras clinicas en Dinámica |
| 12) Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE |
| 13) 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. | Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patologia y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente. |
| 14) Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guias, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| 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. | Informo 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. | Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologias y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atencion |
| 16) Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Diligenciamiento adecuado de Historia Clinica Registro de atenciones e ingresos Diarios |
| 17) Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | No aplica |
| 18) Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | No aplica | No aplica |
| 19) Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Su | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion |
| 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. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atencion a la Referencia de Rehabilitación para la consolidacion en el sistema de informacion. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. |
| 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. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Revision de inventarios y equipos biomedicos del servicio durante el desarrollo de las acividades y durante la entrega de turno |
| 22) 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 a los cuales sea convocado. | Entrego pantallazo de la participacion del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de MARZO. |
| 23) Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo |
| 24) 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. | Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de FEBRERO. |
| 25) Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Recibir la asignacion de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitacion |

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
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 Sur Occidente

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-03-25, 05:37:15 PM | Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES | Número Planilla: 1079594751

Periodo Cotización: febrero de 2026 | Periodo Servicio: febrero de 2026 | Referencia pago 8823294658

PAGADA 25/03/2026

## I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Razón Social | ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO | | |
| Documento | CC55162101 | Dirección | CR 67 #169 A - 82 |
| Tipo de Empresa | INDEPENDIENTE | Teléfono | 3012466461 |
| Tipo Persona | NATURAL | Forma | ÚNICO |
| Ciudad | BOGOTA D.C. | Departamento | BOGOTA D.C. |
| Representante Legal | | Identificación | |
| Total Afiliados | 1 | ARP | ARL SURA |

## II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos 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 AFP | Días EPS | Días | 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 55162101 | ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO | 59 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 30 | (25-14) COLPENSIONES | $1,750,905 | $280,200 | (EPS008) COMPENSAR EPS | $1,750,905 | $218,900 | 2.436 | $1,750,905 | $42,700 | (CCF24) COMPENSAR CCF | $1,750,905 | $35,100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $576,900 |

## 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $1,750,905 | $1,750,905 | $1,750,905 | $1,750,905 | $280,200 | $218,900 | $42,700 | $35,100 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $0 | $576,900 | $8,300 | $585,200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 4446634 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Medellín, 25 de marzo de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO identificado(a) con C55162101 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C5516210126084627 66

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 55162101 | MENDEZ | MONTENEGRO | ISABEL | CRISTINA | 2026-01 | Compensar | COTIZANTE |
| CC | 55162101 | MENDEZ | MONTENEGRO | ISABEL | CRISTINA | 2016-03 | Cafesalud | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| Compensar | 01/2026 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| Compensar | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
**7 Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

### Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

### Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

### Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | CUENTA DE COBRO DE ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2026.pdf | CUENTA DE COBRO DE ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO CORRESPONDIENTE AL MES DE ENERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | CUENTA DE COBRO DE ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO 2026.pdf | CUENTA DE COBRO DE ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO CORRESPONDIENTE AL MES DE FEBRERO 2026.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## Certifica que:

***ISABEL CRISTINA MENDEZ MONTENEGRO***

**CC** ***55162101***

## Ha participado y aprobado el proceso de formación de:

***Responsabilidad Social en Acción: Ruta Hacia La Acreditación - ASISTENCIALES***

**Cumpliendo los objetivos propuestos con una intensidad de 20 horas**

Se expide en la ciudad de Bogotá el día *martes, 10 de marzo de 2026*

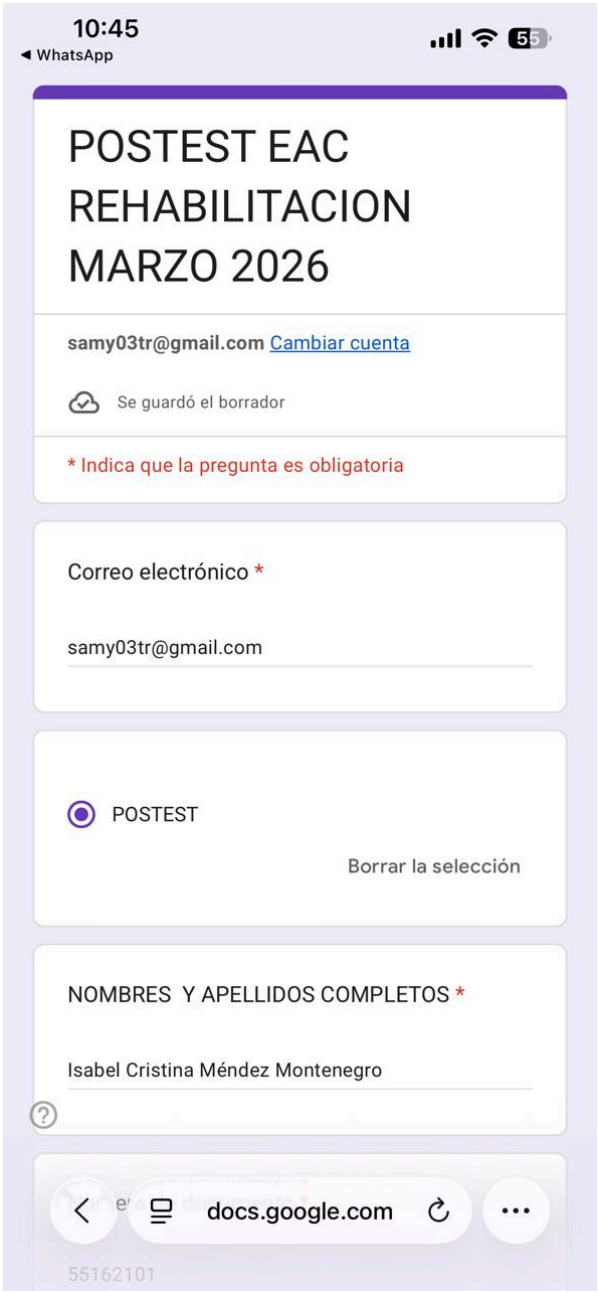
Este certificado tiene una vigencia de dos (2) años a partir de la fecha de expedición.

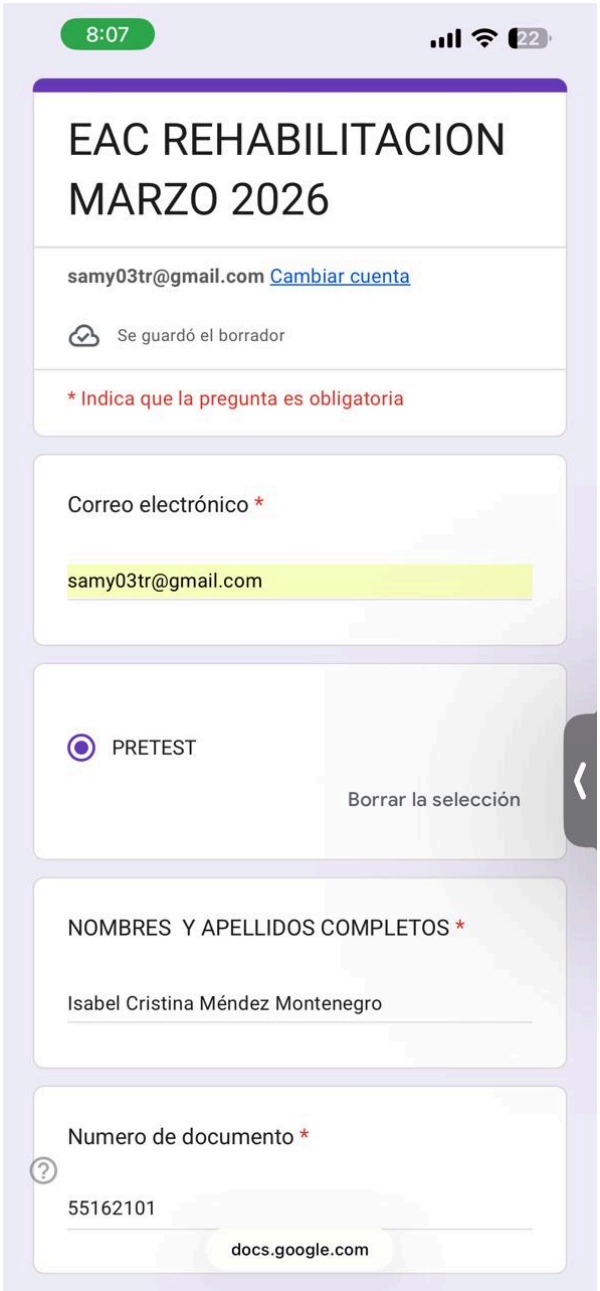
Andrea Elizabeth Hurtado Neira
Gerente

***"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"***

QR de verificación:

BOGOTÁ


10:45
◂ WhatsApp
POSTEST EAC REHABILITACION MARZO 2026
samy03tr@gmail.com Cambiar cuenta
Se guardó el borrador
* Indica que la pregunta es obligatoria
Correo electrónico *
samy03tr@gmail.com
POSTEST
Borrar la selección
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS *
Isabel Cristina Méndez Montenegro
docs.google.com
55162101


8:07
22
EAC REHABILITACION MARZO 2026
samy03tr@gmail.com Cambiar cuenta
Se guardó el borrador
* Indica que la pregunta es obligatoria
Correo electrónico *
samy03tr@gmail.com
PRETEST
Borrar la selección
NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS *
Isabel Cristina Méndez Montenegro
Numero de documento *
55162101
docs.google.com

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

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

**NIT:900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ISABEL CRISTINA MENDEZ**

**C.C. 55.162.101 de NEIVA HUILA**

La suma de $$3.824.100 (**TRES MILLONES O C H O C I E N T O S V E I N T I C U A T R O M I L C I E N PESOS MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como **Terapeuta Respiratorio**; en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de **UNIDAD DE RECIEN NACIDOS,** de acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 01 al 31 de MARZO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 328-2026.**



C.C. 55.162.101 de Neiva Huila

Cel:3012466461

CUENTA DE AHORROS No 000570107888

Banco Davivienda