

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Laura Melissa Rodríguez López						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1032452043		
CORREO ELECTRONICO:	lrodriguezmelissa@gmail.com			CELULAR:	3203048732		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				C EXT PSIQUIATRIA HOSPITAL BOSA	SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A17	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DE BOGOTA			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	43535426			PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	1399			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000	NÚMERO DE CRP	19433	FECHA	2026-05-28 00:00:00.000

OBJETO DEL CONTRATO:

PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL
		2026-05-01		2026-05-31

VALOR HONORARIOS MENSUALES: \$8,641,560

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 repercute 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:	\$51,849,360
VALOR EJECUTADO	\$34,287,480
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$8,641,560
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$17,561,880
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	66%

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
81237144	\$3,345,120	\$418,140	\$535,219	3	\$81,487	\$1,034,846

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES  
1012392576  
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Realizar la consulta externa de psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., unidad de servicios de salud nuevas delicias y/o donde el supervisor del contrato lo requiera	Realizo la consulta externa de psiquiatría según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., unidad de servicios de salud nuevas delicias y/o donde el supervisor del contrato lo requiera	historia clinica
Diligenciar la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico.	Diligencio la historia clínica sistematizada respetando lo normado en la resolución 1995 de 1999 y demás normatividad vigente , y/o los formatos que haya implementado la institución en forma legible, sin tachones, enmendaduras, registro de fecha y hora de la atención, nombre y registro medico	historia clinica
Aplicar las guías de manejo clínico aprobadas por la subred sur occidente y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia.	Aplico las guías de manejo clínico aprobadas por la subred sur occidente y el contratista para la especialidad y colaborar en la actualización de las mismas, teniendo en cuenta la medicina basada en la evidencia	historia clinica
Cumplir oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio	Cumplo oportunamente el inicio y finalización de las jornadas según lo establecido en la programación del servicio	historia clinica y respuestas a interconsultas
Participar activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la auditorías internas y externas	Participo activamente en el cumplimiento de los planes de mejoramiento producto de la auditorías internas y externas	auditorias
Dar un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	Doy un trato humanizado a nuestro s usuarios en términos de calidez , seguridad, vocación de servicios , equidad, respeto por la dignidad humana, transparencia , integralidad, solidaridad, oportunidad y suministro adecuado y correcto de información en salud al usuario y la familia	No qujas por trato dehumanizado
Reportar en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras	Reporto en forma oportuna los eventos adversos que se presenten en la prestación de servicios como reacciones adversas a medicamentos entre otras	fichas de notificacion y aplicativos que correspondan
Presentación de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades en aplicativo suresoc	Presento de cuenta de cobro acompañada de informe de actividades en aplicativo suresoc	Cuenta de cobro con respectivos soportes
Cumplir con los estándares de acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución	Cumplo con los estándares de acreditación que le apliquen de tal manera que permitan el desarrollo del objeto contractual y favorezca el proceso de acreditación al interior de la institución	Hitoria clinica
Participar activamente a las capacitaciones a las que sea asignado.	Participo activamente a las capacitaciones a las que sea asignado	LSC y reuniones que me sean programadas
Cumplir con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	Cumplo con el estándar de rendimiento óptimo de su servicio realizando estrategias como reemplazo de inasistencias	Informes de produccion
Contribuir al mejoramiento de la oportunidad y acceso a la consulta de psiquiatría tenien en cuenta la productividad, mediante estrategias acordadas con la supervisión del contrato	Contribuyo al mejoramiento de la oportunidad y acceso a la consulta de psiquiatría tenien en cuenta la productividad, mediante estrategias acordadas con la supervisión del contrato	reposicion de pacientes e historias clinica

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES  
1012392576  
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

## Representación Gráfica

## Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :  
24dcf978825faf884a1365c3735c55be3a2cda39d7615c511345863757169b508407c745c40ec6d21424a71c86d7572b  
Número de Factura: MRL-3  
Fecha de Emisión: 23/05/2026  
Fecha de Vencimiento: 23/05/2026  
Tipo de Operación: 10 - Estándar  
Forma de pago: Contado  
Medio de Pago: Transferencia Débito  
Orden de pedido:  
Fecha de orden de pedido:

## Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: RODRIGUEZ LOPEZ LAURA MELISSA  
Nombre Comercial: RODRIGUEZ LOPEZ LAURA MELISSA  
Nit del Emisor: 1032452043  
Tipo de Contribuyente: Persona Natural  
Régimen Fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
Actividad Económica: 8621  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: CL 7 A 73 B 98 IN 8 AP 401 BRR RINCON DE LOS ANGELES  
Teléfono / Móvil: 3203048732  
Correo: melissa.rodriguez@hotmail.com

## Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
Tipo de Documento: NIT  
Número Documento: 900959048  
Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica  
Régimen fiscal: R-99-PN  
Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica  
País: Colombia  
Departamento: Bogotá  
Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.  
Dirección: Calle 9 # 39 46  
Teléfono / Móvil: 6013849160  
Correo: jefecontabilidad@subredsuroccidente.gov.co

## Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	8621 02	Contrato 1399 Subred Integrada de Salud Sur Occidente	NIU	1,00	\$ 8.641.560,00	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 8.641.560,00

## Notas Finales

Línea de negocio:

## Datos Totales



**Documento generado el:**  
 23/05/2026 17:02:35  
**Documento validado por la DIAN:**  
 23/05/2026 17:02:35  
**XML Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
 800197268  
**PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN**  
**Nit:800197268**

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

<b>Subtotal</b>	8641560
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	8641560
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
<b>Total impuesto (=)</b>	0
<b>Total neto factura (=)</b>	8641560
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=) COP \$</b>	\$ 8641560

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

<b>Subtotal</b>	8.641.560,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
<b>Total Bruto Factura</b>	8.641.560,00
IVA	0,00
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
<b>Total impuesto (=)</b>	0,00
<b>Total neto factura (=)</b>	8.641.560,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
<b>Total factura (=) COP \$</b>	\$ 8.641.560,00

### Valores informativos

<b>ANTICIPOS</b>	
Anticipos	0,00

<b>RETENCIONES</b>	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764108686278 Rango desde: 1 Rango hasta: 50 Vigencia: 2028-04-20

Escritorio Menú Administración de contratos Ver contrato

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

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					

Documentos de ejecución del contrato

Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
<input type="checkbox"/> Ejecucion FEBRERO 2026.pdf	Ejecucion FEBRERO 2026.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> EJECUCION MARZO.pdf	EJECUCION MARZO.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>
<input type="checkbox"/> EJECUCION ABRIL.pdf	EJECUCION ABRIL.pdf	Proveedor <a href="#">Descargar</a> <a href="#">Detalle</a>

Borrar Cargar nuevo

< Evaluación de la Entidad Estatal >

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032452043	LAURA MELISSA RODRIGUEZ LOPEZ		Calle 7A # 73 B 98	8012979	lrodriguezmelissa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81237144	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.732.500	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	700.000	0		0		0	0	0	0	700.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	896.000	0	0	0	0	0	0		896.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	136.500				136.500	0	0	136.500			1.365	136.500	1

TOTALES CAJAS										
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	700.000	700.000
Pensión	1	896.000	896.000
Riesgos Laborales	1	136.500	136.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.732.500</b>	<b>1.732.500</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032452043	LAURA MELISSA RODRIGUEZ LOPEZ		Calle 7A # 73 B 98	8012979	lrodriguezmelissa@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		81237144	07/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.732.500	

## DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonerado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	APP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC 1032452043	RODRIGUEZ LOPEZ LAURA MELISSA	59	0				N															230301	5.600.000	30	896.000	0	0	0	0	EPS008	5.600.000	30	700.000	14-11	5.600.000	30	3	136.500		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA