

						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 DERMATOLOGIA USS 29 KENNEDY			SEDE:		SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	SU43A03	20	KE11A03	10	KE10A03	70				
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		1239			VIGENCIA		2026			
NÚMERO DE CDP		1079	FECHA	2026-05-11 14:52:58.000		NÚMERO DE CRP		17807	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:					\$16,932,324					
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:						\$97,679,482				
VALOR EJECUTADO						\$60,864,648				
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$16,932,324				
VALOR A LIBERAR						\$0				
SALDO POR EJECUTAR						\$36,814,834				
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						62%				
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			
9504254361	\$5,600,000	\$700,000		\$896,000	3	\$136,416	\$1,732,416			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Mayo de 2026. 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 dermatologia.	Realize consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	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 personal que proporciona la Subred
Realizar procedimientos programados en el area asignada.	Realize consulta programada en el area de consulta externa de la especialidad de dermatologia.	Se realiza historia clínica en el sistema Dinamica Gerencial
Diligencio con calidad y en forma completa clara y legible todos los formatos de historia clinica de su competencia,los soportes aenxos 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.
contesto interconsultasque 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 tintal.	conteste interconsultasque 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 ,Patio Bonito tintal y CDS 29	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 cumpli 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 cumpli 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 ha 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

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

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
2026-05	2026-05	374759288	9505814835	I	2026/06/17	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	\$2,103,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																							
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$6,800,000	\$1,088,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700			\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						\$6,800,000	\$1,088,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700			\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						\$6,800,000	\$1,088,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700			\$0	\$0
1	CC	80821864	GONZALEZ CARLOS	230301	30	\$6,800,000	\$1,088,000	EPS010	30	\$6,800,000	\$850,000		0	\$0	\$0	14-11	30	\$6,800,000	\$165,700	0		\$0	\$0
Total Afiliados(1)						\$6,800,000	\$1,088,000			\$6,800,000	\$850,000			\$0	\$0			\$6,800,000	\$165,700			\$0	\$0

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	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	374759288	9505814835	I	2026/06/17	2026/06/09	BANCO DAVIVIENDA	0	\$2,103,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$1,088,000	\$0	\$0	\$1,088,000	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$1,088,000	\$0	\$0	\$1,088,000	
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	\$2,103,700	\$0	\$0	\$2,103,700	

Espacio para
Logo Corporativo

CARLOS ALFONSO GONZALEZ
MONTEALEGRE
NIT 80.821.864-0
CARRERA 58 # 129C-03 APTO 401 INT 1
Tel: (031) 3012356004
Bogotá - Colombia
cmp15co@yahoo.com



Factura electrónica de venta
No. 170

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	30/06/2026, 08:55
Expedición	30/06/2026, 08:56
Vencimiento	30/06/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Total
1	ACTIVIDADES POR DERMATOLOGIA JUNIO 2026 CONSULTA INTERCONSULTAS Y CIRUGIA	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

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

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 18764110161963 aprobado en 20260525 prefijo desde el número 166 al 500 Vigencia: 6 Meses
No responsable de IVA - Actividad Económica 8621 Actividades de la práctica médica, sin internación Tarifa 9.66
CUFE: 782be9b4bb1f18a89a16560c511d468248a760b5cce0c64bbfcef8c04d0f3a2bdf6e78e6f6cee2e23f121e6943ff6597