

					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:			Michelle Alejandra Monroy Cárdenas					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032498956
CORREO ELECTRONICO:			alejandra.cardenas200498@gmail.com			CELULAR:		3116161018
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			QUIRURGICO GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10C10	50	KE10I03	50				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			38384686203			PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		224			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1390	FECHA	2025-06-19 15:28:53.000		NÚMERO DE CRP	30923	FECHA	2025-06-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL - SERVICIOS HOSPITALARIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL		HASTA		FECHA FINAL
				2025-08-01				2025-08-15
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$1,246,400			
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:					\$41,374,400			
VALOR EJECUTADO					\$41,374,400			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$1,246,400			
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	
1074880104	\$2,462,400	\$307,800		\$393,984	3	\$59,984	\$761,768	
Dado en Bogotá a los quince(15) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.								
RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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
Realizar actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente	Realizo actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el manejo de patologías.	Historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para manejo adecuado de historia clínica	Historia clínica
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	Registro los procedimientos, actividades e intervenciones realizados	Historia clínica
Cumplir con la exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica	Cumplo con las exigencias legales y éticas para manejo adecuado de historia clínica.	Historia clínica
Participar en la programación de actividades del área	Participó en las actividades del área	Actas de asistencia.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred	Reportó los eventos de notificación obligatoria	Fichas de notificación
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 y participó en su análisis.	Actas
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados	Historia clínica.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar en forma adecuada los formatos con legibilidad, oportunidad e integralidad.	Historia clínica.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenció el consentimiento informado	Historia clínica.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación	Práctico el seguimiento y control a pacientes	Historia clínica.
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	Historia clínica.
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emito conceptos médicos	Historia clínica.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad	Presencialidad
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Diligenció el consentimiento informado	Historia clínica.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboró el informe mensual sobre el desarrollo y avance de actividades y las entregó al supervisor del contrato	cuenta de cobro
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 elementos entregados para el desempeño de actividades asignadas	presencialidad
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado	Participó en jornadas de capacitación, inducción equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos	Actas de asistencia
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 Subred.	Actas de asistencia
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la subred en actividades inter y extrainstitucionales según demanda	Actas de asistencia
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	Historia clínica.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Realizó la supervisión de los contratos designados	Sideap, contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregó constancia de afiliación 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 y presencialidad

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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

					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:			Michelle Alejandra Monroy Cárdenas					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032498956
CORREO ELECTRONICO:			alejandra.cardenas200498@gmail.com			CELULAR:		3116161018
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:			HOSPITALIZACION GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA USS OCCIDENTE DE KENNEDY			SEDE:		SUBRED
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%	Centro de costo	%				
	KE10I03	50	KE10C10	50				
ENTIDAD FINANCIERA:		BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			38384686203			PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		5169			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1621	FECHA	2025-08-11 11:43:31.000		NÚMERO DE CRP	36523	FECHA	2025-08-22 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL - SERVICIOS HOSPITALARIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-23			2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:					\$4,681,600			
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:					\$16,188,000			
VALOR EJECUTADO					\$4,681,600			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA					\$4,681,600			
VALOR A LIBERAR					\$0			
SALDO POR EJECUTAR					\$11,506,400			
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN					29%			
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	
1074880104	\$2,462,400	\$307,800		\$393,984	3	\$59,984	\$761,768	
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente. RODOLFO DUARTE CELY 80158750 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
Realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de cuidado del paciente.	Realizo actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos para el manejo de patologías.	Historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplo con las exigencias legales y éticas para manejo adecuado de historia clínica	Historia clínica
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	Registro los procedimientos, actividades e intervenciones realizados	Historia clínica
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el manejo adecuado de la historia clínica.	Cumplo con las exigencias legales y éticas para manejo adecuado de historia clínica.	Historia clínica.
Participar en la programación de actividades del área.	Participó en las actividades del área	Actas de asistencia.
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la Subred.	Reportó los eventos de notificación obligatoria	Fichas de notificación
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 y participó en su análisis.	Actas
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Imparto instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados	Historia clínica.
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligenciar en forma adecuada los formatos con legibilidad, oportunidad e integralidad.	Historia clínica.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Diligenció el consentimiento informado	Historia clínica.
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Práctico el seguimiento y control a pacientes	Historia clínica.
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	Historia clínica.
Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emito conceptos médicos	Historia clínica.
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Apoyó el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad.	Presencialidad
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento	Elaboró el informe mensual sobre el desarrollo y avance de actividades y las entregó al supervisor del contrato	cuenta de cobro
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 elementos entregados para el desempeño de actividades asignadas.	presencialidad
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participó en jornadas de capacitación, inducción equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos	Actas de asistencia
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 Subred.	Actas de asistencia
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyo a la subred en actividades inter y extrainstitucionales según demanda	Actas de asistencia
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	Historia clínica.
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado.	Realizó la supervisión de los contratos designados	Sideap, contratos
Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregó constancia de afiliación 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 y presencialidad

RODOLFO DUARTE CELY
80158750
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



Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta FE - 9

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764087035686 de 11/01/2025 - 11/01/2027 autoriza FE-1 a FE-100

Tipo de Operación Estandar
Fecha de Generación 28/08/2025 12:26
Fecha de Vencimiento 28/08/2025 12:26
Fecha de Validación 28/08/2025 12:26
Forma de Pago Contado
Medio de Pago Consignación bancaria
Moneda COP



DATOS DEL EMISOR		DATOS DEL CLIENTE	
Razón Social	MICHELLE ALEJANDRA MONROY	Razón Social	Subred integrada de servicios de
CC	CARDENAS		salud suroccidente E.S.E
Obligación	1032498956	NIT	900959048
Email	NO APLICA	Obligación	IVA
Teléfono	alejandra.cardenas200498@gmail.com	Email	alejandra.cardenas200498@gmail.com
Dirección Fiscal	3116161018	Teléfono	3116161018
	CL 8 10 02 CA 55, MADRID,	Dirección	
	(CUNDINAMARCA, CO)	Ciudad, Depart.	

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	01	Honorarios Medicos del mes 01 al 15 de agosto del 2025 según contrato 224-2025 del 2025	1	EA	\$1,246,400.00		\$1,246,400.00	\$1,246,400.00

1

Subtotal \$1,246,400.00

Total a Pagar \$1,246,400.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE



Actividad Económica Principal 8621
No somos Gran Contribuyente
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta FE - 10

Representación Gráfica
Autorización Numeración de Facturación Electrónica
No. 18764087035686 de 11/01/2025 - 11/01/2027 autoriza FE-1 a FE-100

Tipo de Operación	Estandar
Fecha de Generación	28/08/2025 12:45
Fecha de Vencimiento	28/08/2025 12:45
Fecha de Validación	28/08/2025 12:46
Forma de Pago	Contado
Medio de Pago	Consignación bancaria
Moneda	COP



DATOS DEL EMISOR

Razón Social MICHELLE ALEJANDRA MONROY
CARDENAS
CC 1032498956
Obligación NO APLICA
Email alejandra.cardenas200498@gmail.com
Teléfono 3116161018
Dirección Fiscal CL 8 10 02 CA 55, MADRID,
(CUNDINAMARCA, CO)

DATOS DEL CLIENTE

Razón Social Subred integrada de servicios de
salud suroccidente E.S.E
NIT 900959048
Obligación IVA
Email alejandra.cardenas200498@gmail.com
Teléfono 3116161018
Dirección
Ciudad, Depart.

No	REF	DESCRIPCIÓN	CANT	U/M	PRECIO	IMP	SUBTOTAL	TOTAL ITEM
1	01	Honorarios Medicos del 23 al 31 de Agosto del 2025 según contrato 5169-2025 del 2025	1	EA	\$4,681,600.00		\$4,681,600.00	\$4,681,600.00

1

Subtotal \$4,681,600.00

Total a Pagar \$4,681,600.00

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

PAGADO 14/08/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS		
Documento	CC1032498956	Dirección	CL 8 #10 - 02 CASA 55
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3116161018
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	MADRID	Departamento	CUNDINAMARCA
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total						
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	VSP	COR	UST	SN	DE	LM	VA	AV	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	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 1032498956	MICHELLE ALEJANDRA MONROY CARDENAS	59	00										X								0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 2.462.400	\$ 394.000	(EPS037) NUEVA EPS S.A.	\$ 2.462.400	\$ 307.800	2.436	\$ 2.462.400	\$ 60.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 761.800

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
\$ 2.462.400	\$ 2.462.400	\$ 2.462.400	\$ 0	\$ 394.000	\$ 307.800	\$ 60.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 761.800	\$ 0	\$ 761.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - 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.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!