Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Alejandra Patricia Viloria Madrid							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1143154278		
CORREO ELECTRONICO:	alejandraviloria12@gmail.com				CELULAR:	6015923269		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL PY D USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	PA35A37	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	82400001124					PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6024			VIGENCIA	2024		
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	57083	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-09-01		2024-09-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,903,914				
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:	$18,502,584
VALOR EJECUTADO	$9,612,158
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,903,914
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$8,890,426
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	52%

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
73106601--73371637	$2,180,000	$272,500	$348,800	3	$53,105	$674,405

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
1.Realizar la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	Se realiza atención a lo pacientes PROGRAMADOS EN ALA GENDA DE consulta externa con registro en DINAMICA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
2.Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	REALIZO LA ELABORACION DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS DE FORMA OPORTUNA CON LA NORMATIVA VIGENTE	REGISTRO EN DINAMICA DE EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
3. Diligenciar y llenar completamente la Historia clinica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institu-ción y la normatividad vigente.	DILIGENCIO CORRECTAMENTE LA HISTORIA CLINICA SEGÚN EL TIPO DE HISTORIA A VALORAR EN EL MOMENTO D ELA ATENCION DEL PAICNETE RESPETANDO LA INTEGRIDAD Y LO ESTABLECIDO EN LA INSTITUCION	SE EVIDENCIA REGISTRO EN HISTORIA CLINCIA DE DINAMCIA WEB
4. Diligenciar los consentimientos informados acorde al procedimiento y entregar al área correspondiente.	SE INFORMA AL PACIENTE SEGUN PROCEDIMIENTO A REALIZAR	PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZANDO PROCEDIMIENTO
5. Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	DILIGENCIO EL REGISTRO INDIVIDUAL DE CADA FORMATO SEGÚN LO ESTABLECIDO Y COMO SE INDICO EN SU MOMENTO	CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LOS RIPS Y LOS FORMATOS QUE ME SEAN DESIGNADOS
6 Adherirse a las Guias de práctica clinica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora individua	APLICO LOS LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	ADHERENCIA A LAS GUIAS A MANEJAR SEGÚN CICLO DE VIDA DE CADA PACIENTE
7. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requeri-mientos de la Subred	APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA GARANTIZAR LA PERTINENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigen-te.	REALIZACIÓN DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SEGÚN PERTINENCIA	REALIZAR LA FICHA DE NOTIFICAICON CUANDO SE REQUIERA Y ENTREGAR A LA PERSONA ENCRAGADA
9.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea con-vocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NOTIFICO OPORTUNAMENTE LAS FALLAS QUE SE PRESENTEN DURANTE LA PRESTACION DEL SERVCIO DE SALUD Y PARTICIPAR EN LOS ANALISIS QUE ME SEAN CONVOCADOS	REALIZAR NOTIFICAICON POR EL APLICATIVO QUE CORRESPONDA, PARTICIPACION DE ANALISIS
10 Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE por las autoridades respectivas.	OBSERVA LAS MEDIDAS PREVENTIMAS QUE ME SON INFORMADAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD QUEE STAN EN LOS REGLAMENTOS DE LA INSITUTCION	REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA POSTURA Y ADHERENCIA A LOS REGLAMENTOS DE LA INSTITUCION
11. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al dia	REALIZO AUROCONTROL, AUTORREGULACION, AUTOGESTION EN LAS ACTIVIDADES QUE ME SEAN DESIGNADAS	CONTROL DE LAS CONSULTAS REALIZADAS, JUNTO CON LAS INAISSTENCIAS PRESENTADAS
12. Uso adecuado del bata y carnet según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia" Quitate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	REALIZO USO DE ADECUADO DEL CARNET INSTITUCIONAL MIENTRAS ESTE LABORANDO EN ELLA Y USO ADECUADO DE BATA EN LA CONSULTA	FUERA D ELA CONSULTA ME RETIRO LA BATA APLICANDO LO APRENDIDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE
13. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reunio-nes y eventos a los cuales sea convocado	PARTICIPO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION Y REUNIONES QUE ME SEAN CONVCADOS	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO
14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregar-los a la persona encargada eri caso de terminación del contrato.	VELO Y RESPONOD POR LOS RECURSOS DADOS POR LA INSTITUCION GARANTIZANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO Y ENTREGA DEL MISMO AL TERMINAR EL CONTRATO	LISTA DE CHUEQUEO A DIARIO ACTA DE ENTREGA DE DOTACION
15. Deberá está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentaria a la firma del presente contrato	AFILIACION EN ELS ISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO LO ES LA EPS, ARL, FONDSO DE PENENSIONES	CERTIFICACION DE LA AFILIACION REALIZADA Y SEGÚN LO SOCLIITADO EN LA INSTITUCION

Copia Certificada Subred Sur Occidente

16. Presentación de cuenta de cobro, acompañada de la Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	REALIZO PAGO MENSUAL DE LOS APORTES REQUERIDOS, ADJUNTANDO PLANILLA DE PAGO COMO SOPORTE ANTE EL APLICATIVO	RESGITRO EN APLICATIVO SURESOC
17. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	REALIZO LAS ACTIVIDADES PERTINENTES PARA ALCANZAR METAS CONTRACTUALES EN EL AREA DE SERVICIO ASIGNADO	PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS EL INDICADOR DE RENDIMIENTO SE REALIZAN ESTARTEGIAS CON PLAN APDRINO (FCTURDORES, AUXILIARES DE ENFERMERIA) COMO LA REPOSISCION DE INASISTENTES PARA EL MES DE AGOSTO SE TIENE PROYECTADO UN TOTAL DE 420 CONSULTASSEGUN AS HORAS PROYECTADAS
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	ESTAR PRESTO A LA NECESIDADES DE LA UNIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA APOYO DE ACUERDO AL PERFIL CONTRATADO	SE EVIDENCIA REGISTRO EN HISTORIA CLINCIA DE DINAMCIA WEB

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-09-07, 09:43:28 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 73106601

Periodo Cotización 202408 **Periodo Servicio** 202408

Cliente:

PAGADA 2024-09-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ALEJANDRA PATRICIA VILORIA MADRID				
Documento	CC 1143154278	**Dirección**	CL 1A #18 - 65 BARRIO SIGLO XXI		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	5923269		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CUCUTA	**Departamento**	NORTE DE SANTANDER		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1143154278		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					VILORIA MADRID ALEJANDRA PATRICIA	54001000 - 54		NORTE DE SANTANDER

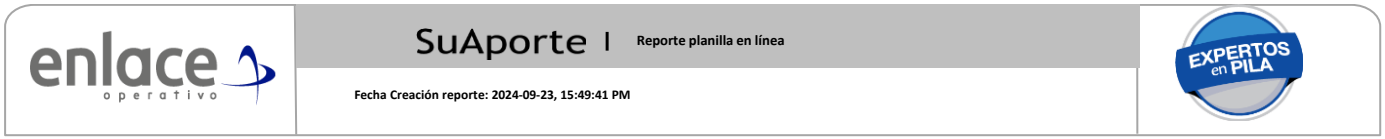
III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
X															0	30	30	30	0			$ 2.283.700	25-14		16 %	$ 2.283.700	$ 365.400	$ 0	$ 0	EPS010		12,5 %	$ 2.283.700	$ 285.500	$ 0	14-11	2	1,044 %	$ 2.283.700	$ 23.900	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SURA	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 365.400	$ 0	$ 0	$ 285.500	$ 23.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 674.800

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.



No planilla	PIN	No Pago Consolidado	Forma de elaboración	Fecha de guardada	Fecha de Transacción	Tipo	Periodo	Estado	Sucursal	Valor
73371637			EN LINEA	2024-09-23 03:12:16 PM	2024-09-23 03:48:02 PM	N	202408	PAGADA		$32.000,00

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

ALEJANDRA PATRICIA VILORIA MADRID
C.C 1143154278 DE BARRANQUILLA

La suma de, TRES MILLONES NOVECIENTOS TRES MIL NOVECIENTOS CATORCE PESOS $ 3.903.914 por concepto de: prestación de servicios como MEDICO GENERAL en el centro de salud VILLA JAVIER de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2024 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 6024 - 2024.



ALEJANDRA PATRICIA VILORIA MADRID

C.C 1143154278 DE BARRANQUILLA

CUENTA DE AHORROS BANCOLOMBIA

NUMERO 82400001124

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

blank

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	AGOSTO 2024 ALEJANDRA VILORIA.pdf	AGOSTO 2024 ALEJANDRA VILORIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Activar Windows

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Alejandra Patricia Viloria Madrid						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1143154278	
CORREO ELECTRONICO:	alejandraviloria12@gmail.com				CELULAR:	6015923269	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	82400001124				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6024			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	57083	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-08-05		2024-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,708,244				
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:	$6,101,916
VALOR EJECUTADO	$5,708,244
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,708,244
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$393,672
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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
1143154278	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
1.Realizar la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	Se realiza atención a lo pacientes PROGRAMADOS EN ALA GENDA DE consulta externa con registro en DINAMICA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
2.Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	REALIZO LA ELABORACION DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS DE FORMA OPORTUNA CON LA NORMATIVA VIGENTE	REGISTRO EN DINAMICA DE EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
3. Diligenciar y llenar completamente la Historia clinica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institu-ción y la normatividad vigente.	DILIGENCIO CORRECTAMENTE LA HISTORIA CLINICA SEGÚN EL TIPO DE HISTORIA A VALORAR EN EL MOMENTO D ELA ATENCION DEL PAICNETE RESPETANDO LA INTEGRIDAD Y LO ESTABLECIDO EN LA INSTITUCION	SE EVIDENCIA REGISTRO EN HISTORIA CLINCIA DE DINAMCIA WEB
4. Diligenciar los consentimientos informados acorde al procedimiento y entregar al área correspondiente.	SE INFORMA AL PACIENTE SEGUN PROCEDIMIENTO A REALIZAR	PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZANDO PROCEDIMIENTO
5. Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	DILIGENCIO EL REGISTRO INDIVIDUAL DE CADA FORMATO SEGÚN LO ESTABLECIDO Y COMO SE INDICO EN SU MOMENTO	CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LOS RIPS Y LOS FORMATOS QUE ME SEAN DESIGNADOS
6 Adherirse a las Guias de práctica clinica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora individua	APLICO LOS LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	ADHERENCIA A LAS GUIAS A MANEJAR SEGÚN CICLO DE VIDA DE CADA PACIENTE
7. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requeri-mientos de la Subred	APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA GARANTIZAR LA PERTINENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigen-te.	REALIZACIÓN DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SEGÚN PERTINENCIA	REALIZAR LA FICHA DE NOTIFICAICON CUANDO SE REQUIERA Y ENTREGAR A LA PERSONA ENCRAGADA
9.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea con-vocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NOTIFICO OPORTUNAMENTE LAS FALLAS QUE SE PRESENTEN DURANTE LA PRESTACION DEL SERVCIO DE SALUD Y PARTICIPAR EN LOS ANALISIS QUE ME SEAN CONVOCADOS	REALIZAR NOTIFICAICON POR EL APLICATIVO QUE CORRESPONDA, PARTICIPACION DE ANALISIS
10 Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE por las autoridades respectivas.	OBSERVA LAS MEDIDAS PREVENTIMAS QUE ME SON INFORMADAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD QUEE STAN EN LOS REGLAMENTOS DE LA INSITUTCION	REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA POSTURA Y ADHERENCIA A LOS REGLAMENTOS DE LA INSTITUCION
11. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al dia	REALIZO AUROCONTROL, AUTORREGULACION, AUTOGESTION EN LAS ACTIVIDADES QUE ME SEAN DESIGNADAS	CONTROL DE LAS CONSULTAS REALIZADAS, JUNTO CON LAS INAISSTENCIAS PRESENTADAS
12. Uso adecuado del bata y carnet según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia" Quitate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	REALIZO USO DE ADECUADO DEL CARNET INSTITUCIONAL MIENTRAS ESTE LABORANDO EN ELLA Y USO ADECUADO DE BATA EN LA CONSULTA	FUERA D ELA CONSULTA ME RETIRO LA BATA APLICANDO LO APRENDIDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE
13. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reunio-nes y eventos a los cuales sea convocado	PARTICIPO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION Y REUNIONES QUE ME SEAN CONVCADOS	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO
14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregar-los a la persona encargada eri caso de terminación del contrato.	VELO Y RESPONOD POR LOS RECURSOS DADOS POR LA INSTITUCION GARANTIZANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO Y ENTREGA DEL MISMO AL TERMINAR EL CONTRATO.	LISTA DE CHUEQUEO A DIARIO ACTA DE ENTREGA DE DOTACION
15. Deberá está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentaria a la firma del presente contrato	AFILIACION EN ELS ISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO LO ES LA EPS, ARL, FONDSO DE PENENSIONES	CERTIFICACION DE LA AFILIACION REALIZADA Y SEGÚN LO SOCLIITADO EN LA INSTITUCION

Copia Certificada Subred Sur Oriente

16. Presentación de cuenta de cobro, acompañada de la Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	REALIZO PAGO MENSUAL DE LOS APORTES REQUERIDOS, ADJUNTANDO PLANILLA DE PAGO COMO SOPORTE ANTE EL APLICATIVO	RESGITRO EN APLICATIVO SURESOC
17. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	REALIZO LAS ACTIVIDADES PERTINENTES PARA ALCANZAR METAS CONTRACTUALES EN EL AREA DE SERVICIO ASIGNADO	PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS EL INDICADOR DE RENDIMIENTO SE REALIZAN ESTARTEGIAS CON PLAN APDRINO (FCTURDORES, AUXILIARES DE ENFERMERIA) COMO LA REPOSISCION DE INASISTENTES PARA EL MES DE AGOSTO SE TIENE PROYECTADO UN TOTAL DE 420 CONSULTASSEGUN AS HORAS PROYECTADAS
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	ESTAR PRESTO A LA NECESIDADES DE LA UNIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA APOYO DE ACUERDO AL PERFIL CONTRATADO	SE EVIDENCIA REGISTRO EN HISTORIA CLINCIA DE DINAMCIA WEB

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

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

blank

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Si 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

blank

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	AGOSTO 2024 ALEJANDRA VILORIA.pdf	AGOSTO 2024 ALEJANDRA VILORIA.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Activar Windows

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA**	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
		Fecha de aprobación	2/15/2018	
		Código:	04-02-FO-0002	

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Alejandra Patricia Viloria Madrid						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1143154278	
CORREO ELECTRONICO:	alejandraviloria12@gmail.com				CELULAR:	6015923269	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	82400001124				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	6024			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1922	FECHA	2024-08-30 15:03:55.000	NÚMERO DE CRP	57083	FECHA	2024-08-31 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2024-08-05		2024-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$5,708,244				
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:	$6,101,916
VALOR EJECUTADO	$5,708,244
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$5,708,244
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$393,672
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	94%

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
1143154278	$908,526	$113,566	$145,364	3	$22,132	$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2024. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
1.Realizar la Consulta Externa de Medicina general, según la agenda programada con oportunidad y calidez.	Se realiza atención a lo pacientes PROGRAMADOS EN ALA GENDA DE consulta externa con registro en DINAMICA	DILIGENCIAMIENTO DE HISTORIA CLINICA-DIGITACION DE RIPS-FORMATOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
2.Registrar la información requerida en los procesos de acuerdo a la labor ejecutada y de acuerdo a los parámetros establecidos previamente por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E	REALIZO LA ELABORACION DE HISTORIA CLINICA Y REGISTROS DE FORMA OPORTUNA CON LA NORMATIVA VIGENTE	REGISTRO EN DINAMICA DE EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
3. Diligenciar y llenar completamente la Historia clinica Dinámica y los diferentes formularios y registros estadísticos con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad de acuerdo a lo establecido en la Institu-ción y la normatividad vigente.	DILIGENCIO CORRECTAMENTE LA HISTORIA CLINICA SEGÚN EL TIPO DE HISTORIA A VALORAR EN EL MOMENTO D ELA ATENCION DEL PAICNETE RESPETANDO LA INTEGRIDAD Y LO ESTABLECIDO EN LA INSTITUCION	SE EVIDENCIA REGISTRO EN HISTORIA CLINCIA DE DINAMCIA WEB
4. Diligenciar los consentimientos informados acorde al procedimiento y entregar al área correspondiente.	SE INFORMA AL PACIENTE SEGUN PROCEDIMIENTO A REALIZAR	PREVIA FIRMA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AUTORIZANDO PROCEDIMIENTO
5. Digitar los Registros Individuales de Servicios- RIPS y demás formatos del Hospital que le sean indicados por el Supervisor del Contrato.	DILIGENCIO EL REGISTRO INDIVIDUAL DE CADA FORMATO SEGÚN LO ESTABLECIDO Y COMO SE INDICO EN SU MOMENTO	CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DE LOS RIPS Y LOS FORMATOS QUE ME SEAN DESIGNADOS
6 Adherirse a las Guias de práctica clinica y según las auditorías realizadas cumplir con los planes de mejora individua	APLICO LOS LINEAMIENTOS, NORMAS, GUIAS Y PROTOCOLOS QUE GARANTICEN LA ADECUADA PRESTACION DEL SERVICIO	ADHERENCIA A LAS GUIAS A MANEJAR SEGÚN CICLO DE VIDA DE CADA PACIENTE
7. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad según requeri-mientos de la Subred	APOYO EN EL DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE PARTICIPACIÓN SOCIAL PARA GARANTIZAR LA PERTINENCIA Y EFECTIVIDAD DE LAS INTERVENCIONES EN SALUD	EDUCACIONES INDIVIDUALES-DETECCIONES DE ALTERACIONES SEGÚN CICLO VITAL FORMATOS DE HISTORIAS CLINICAS
8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigen-te.	REALIZACIÓN DE FICHAS DE NOTIFICACIÓN SEGÚN PERTINENCIA	REALIZAR LA FICHA DE NOTIFICAICON CUANDO SE REQUIERA Y ENTREGAR A LA PERSONA ENCRAGADA
9.Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea con-vocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio	NOTIFICO OPORTUNAMENTE LAS FALLAS QUE SE PRESENTEN DURANTE LA PRESTACION DEL SERVCIO DE SALUD Y PARTICIPAR EN LOS ANALISIS QUE ME SEAN CONVOCADOS	REALIZAR NOTIFICAICON POR EL APLICATIVO QUE CORRESPONDA, PARTICIPACION DE ANALISIS
10 Observar las medidas preventivas de higiene y seguridad prescritas en los reglamentos de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE por las autoridades respectivas.	OBSERVA LAS MEDIDAS PREVENTIMAS QUE ME SON INFORMADAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD QUEE STAN EN LOS REGLAMENTOS DE LA INSITUTCION	REALIZAR LAS PAUSAS ACTIVAS, MANTENER BUENA POSTURA Y ADHERENCIA A LOS REGLAMENTOS DE LA INSTITUCION
11. Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al dia	REALIZO AUROCONTROL, AUTORREGULACION, AUTOGESTION EN LAS ACTIVIDADES QUE ME SEAN DESIGNADAS	CONTROL DE LAS CONSULTAS REALIZADAS, JUNTO CON LAS INAISSTENCIAS PRESENTADAS
12. Uso adecuado del bata y carnet según lineamiento institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia" Quitate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente	REALIZO USO DE ADECUADO DEL CARNET INSTITUCIONAL MIENTRAS ESTE LABORANDO EN ELLA Y USO ADECUADO DE BATA EN LA CONSULTA	FUERA D ELA CONSULTA ME RETIRO LA BATA APLICANDO LO APRENDIDO POR SEGURIDAD DEL PACIENTE
13. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reunio-nes y eventos a los cuales sea convocado	PARTICIPO EN LAS JORNADAS DE CAPACITACION Y REUNIONES QUE ME SEAN CONVCADOS	ASISTENCIA Y PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LAS REUNIONES Y PROCESOS DE FORTALECIMIENTO
14. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregar-los a la persona encargada eri caso de terminación del contrato.	VELO Y RESPONOD POR LOS RECURSOS DADOS POR LA INSTITUCION GARANTIZANDO SU BUEN FUNCIONAMIENTO Y ENTREGA DEL MISMO AL TERMINAR EL CONTRATO.	LISTA DE CHUEQUEO A DIARIO ACTA DE ENTREGA DE DOTACION
15. Deberá está afiliado al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensiones y demás, según las normas vigentes y presentaria a la firma del presente contrato	AFILIACION EN ELS ISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD COMO LO ES LA EPS, ARL, FONDSO DE PENENSIONES	CERTIFICACION DE LA AFILIACION REALIZADA Y SEGÚN LO SOCLIITADO EN LA INSTITUCION

Copia Certificada Subred Sur Oriente

16. Presentación de cuenta de cobro, acompañada de la Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	REALIZO PAGO MENSUAL DE LOS APORTES REQUERIDOS, ADJUNTANDO PLANILLA DE PAGO COMO SOPORTE ANTE EL APLICATIVO	RESGITRO EN APLICATIVO SURESOC
17. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	REALIZO LAS ACTIVIDADES PERTINENTES PARA ALCANZAR METAS CONTRACTUALES EN EL AREA DE SERVICIO ASIGNADO	PARA EL CUMPLIMIENTO DE METAS EL INDICADOR DE RENDIMIENTO SE REALIZAN ESTARTEGIAS CON PLAN APDRINO (FCTURDORES, AUXILIARES DE ENFERMERIA) COMO LA REPOSISCION DE INASISTENTES PARA EL MES DE AGOSTO SE TIENE PROYECTADO UN TOTAL DE 420 CONSULTASSEGUN AS HORAS PROYECTADAS
18. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	ESTAR PRESTO A LA NECESIDADES DE LA UNIDAD EN EL MOMENTO QUE SE REQUIERA APOYO DE ACUERDO AL PERFIL CONTRATADO	SE EVIDENCIA REGISTRO EN HISTORIA CLINCIA DE DINAMCIA WEB

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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.

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

Certifica que:

ALEJANDRA PATRICIA VILORIA MADRID

Identificado con:

1143154278

September 16, 2024

Participó y aprobó :

El Curso Virtual de Actualización en Lactancia Materna Intensidad 7 Horas

hQbWvskExg

Lorena Colmenares G.

Yeimy Lorena Colmenares González
Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano

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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ