

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

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CAROLINA JIMENEZ RODRIGUEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016016935	
CORREO ELECTRONICO:	caro22ji@hotmail.com				CELULAR:	3187344682	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT MEDICINA INTERNA USS 51 ZONA FRANCA			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08A11	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		8480339517			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		5067		VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	2508	FECHA	2024-11-30 07:21:37.000	NÚMERO DE CRP	73837	FECHA	2024-11-30 22:16:25.000
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO ESPECIALISTA- INTERNISTA					
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2024-10-01			2024-10-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			\$10,899,420				
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:	\$83,183,335
VALOR EJECUTADO	\$78,787,236
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$10,899,420
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$4,396,099
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	95%

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
80886057	\$4,359,768	\$544,971	\$697,563	3	\$106,204	\$1,348,738

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

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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 su especialidad.	Realicé las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías según lo establecido dentro de la especialidad de medicina interna	Realicé la atención de pacientes en el CAPS zona franca según los procedimientos diagnósticos y terapéuticos
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo de la historia clínica de los pacientes	Registro en 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	Llevé los registros de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones y mantuve actualizados los informes estadísticos y los registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Registro en historia clínica
Participar en la programación de actividades del área	Participo en la programación de las actividades del área	Participo en asegurarse del mes de octubre: Diagnóstico correcto
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Reporté los eventos de notificación obligatoria según normatividad vigente	Reporté los eventos de notificación obligatoria en el CAPS Zona franca según la oportunidad y normatividad
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.	Notifiqué las fallas de calidad que se presentaron en el servicio y participé en los análisis a implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifiqué las fallas de calidad que se presentaron en el servicio de consulta externa del CAPS Zona franca y participé en las acciones de mejora
Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	Impartí instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados a cada paciente	Di las instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados a los pacientes en el CAPS Zona franca
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencé en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencé los formatos o instrumentos de la atención de los pacientes con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	no aplica	no aplica
Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Practiqué el seguimiento y control a pacientes	Registro en historia clínica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informé al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Registro en historia clínica
Emitir conceptos médicos que se le requieran	Emití los conceptos a los pacientes en consulta externa de medicina interna	Conceptos médicos a los pacientes en consulta externa de medicina interna
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 según requerimientos de la Subred	Apoyé el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Subred.
Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elaboré el informe mensual de actividades y las entregué al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Informe sobre el desarrollo de actividades, presentándolo al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de mis actividades en consulta externa en el CAPS Zona franca
Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convocó	Participé en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones, equipos de mejoramiento de acreditación y eventos a los cuales se convocó en el CAPS zona franca
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred	Di cumplimiento a los procedimientos establecidos y la implementación de los mismos en el CAPS Zona franca
Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyé a la Subred en las actividades según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	firma de actas
Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registré las actividades relacionadas con la prestación del servicio	Registro de las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio en el CAPS Zona franca de acuerdo con el sistema de información de la Subred.
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	no aplica	no aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	no aplica	no aplica

Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente	Entregué constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales	Entregué constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales del mes anterior por aplicativo suresoc
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Realicé las demás actividades que me fueron asignadas acordes con el objeto de mi contrato	Realicé las demás actividades que me fueron asignadas en consulta externa de medicina interna del CAPS Zona franca

LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
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

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 13/12/2024.

RELACION DE CUENTAS 211376

Buscar

CREAR CUENTA +

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTARESTADO		ACCIONES
21 13 76	5067	2024-10-01 / 2024-10-31	\$78,787,236	\$10,899,420	94.72	\$4,396,099	● APROBADA	 
20 54 10	5067	2024-09-01 / 2024-09-30	\$67,887,816	\$10,899,420	86.11	\$10,951,322	● APROBADA	 
20 01 52	5067	2024-08-01 / 2024-08-31	\$56,988,396	\$10,899,420	87.14	\$8,408,124	● APROBADA	 
19 54 17	5067	2024-07-01 / 2024-07-31	\$46,088,976	\$10,899,420	89.34	\$5,501,612	● APROBADA	 
19 13	5067	2024-06-01 /	\$36,189,556	\$10,899,420	76.27	\$10,951,322	● APROBADA	 

web: caro22ji@hotmail.comGET cuenta/ctaUsuario/{id_cta}11.83MB445.7ms7.2.24#6 211376 (ajax) (10:15:52)

CAROLINA JIMENEZ RODRIGUEZ											
NIT: 1016016935-0											
Régimen: No responsable de IVA											
Persona Natural											
Calle 70 # 96-85 apt 303 int 11, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia											
Tel. 3 1 3 2 6 8 8 3 0 1											
Email: caro22j@hotmail.com											
Autorización factura electrónica de venta No. 18764068934131 válida desde 2024-04-13 hasta 2026-04-13 rango desde FE1 hasta FE100.											
Cliente: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.											
NIT: 900959048											
Dirección: Calle 9 No. 39 7 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611											
Teléfono: 6013849160											
Email: contactenos@subredsuoccidente.gov.co											
Tipo de negociación: Contado											
Medio de Pago: Consignación bancaria											
Total de Líneas: 1											
FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA:					FE8						
MONEDA:					COP Colombia, Pesos						
HORA EMISIÓN:					14:48:04-05-00						
FECHA FIRMAO:					12/11/2024 14:48:06						
FECHA DE EMISIÓN					FECHA DE VENCIMIENTO						
DIA		MES		AÑO		DIA		MES		AÑO	
12		11		2024		--		--		--	
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS		DCTO.	TOTAL		
1	CSE001	CONSULTA EXTERNA Consulta especializada de medicina interna Prestación de servicios como medico especialista en Medicina Interna, en el área de consulta especializada de medicina interna en CAPS Zona Franca, con un total de 140 horas, cada una con valor de \$77.853, durante el periodo comprendido del 01 de octubre al 31 de octubre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 5067-2 004	WSD	140,00	\$77.853,00	NOM.	% e VAL	MONTO			
									0,00	\$10.899.420,00	
Notas:								Subtotal:		\$10.899.420,00	
								Cargos:		\$0.00	
								Descuento:		\$0.00	
SON: (diez millones ochocientos noventa y nueve mil cuatrocientos veinte pesos.)								Total:		\$10.899.420,00	
CUFE: 06c42d2255a50029f229a5577c7e4051eebf0d455186e4ae01ebb91dbcb4b121a9fb0e9d487ee1c8efb97e79271af93											