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:	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 INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE						
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA INTERNA USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE	
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			
		2024-11-01		2024-11-30			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$10,743,714						
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:	$90,727,914
VALOR EJECUTADO	$89,530,950
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$10,743,714
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$1,196,964
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
81725247	$4,359,768	$544,971	$697,563	3	$106,204	$1,348,738

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Noviembre 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

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
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	Participe en la programación de las actividades del área	Participe en asegúrate del mes noviembre de Cultura de Percepción Clima Seguridad de Paciente - Guía Abordaje primera, segunda y tercera victima.
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 Producto 1 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	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.	Diligencié en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de mi actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencié 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 jomadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participé en las jomadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales se convocó	Participé en las jomadas 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.

Copia Certificada Subred Sur Occidente

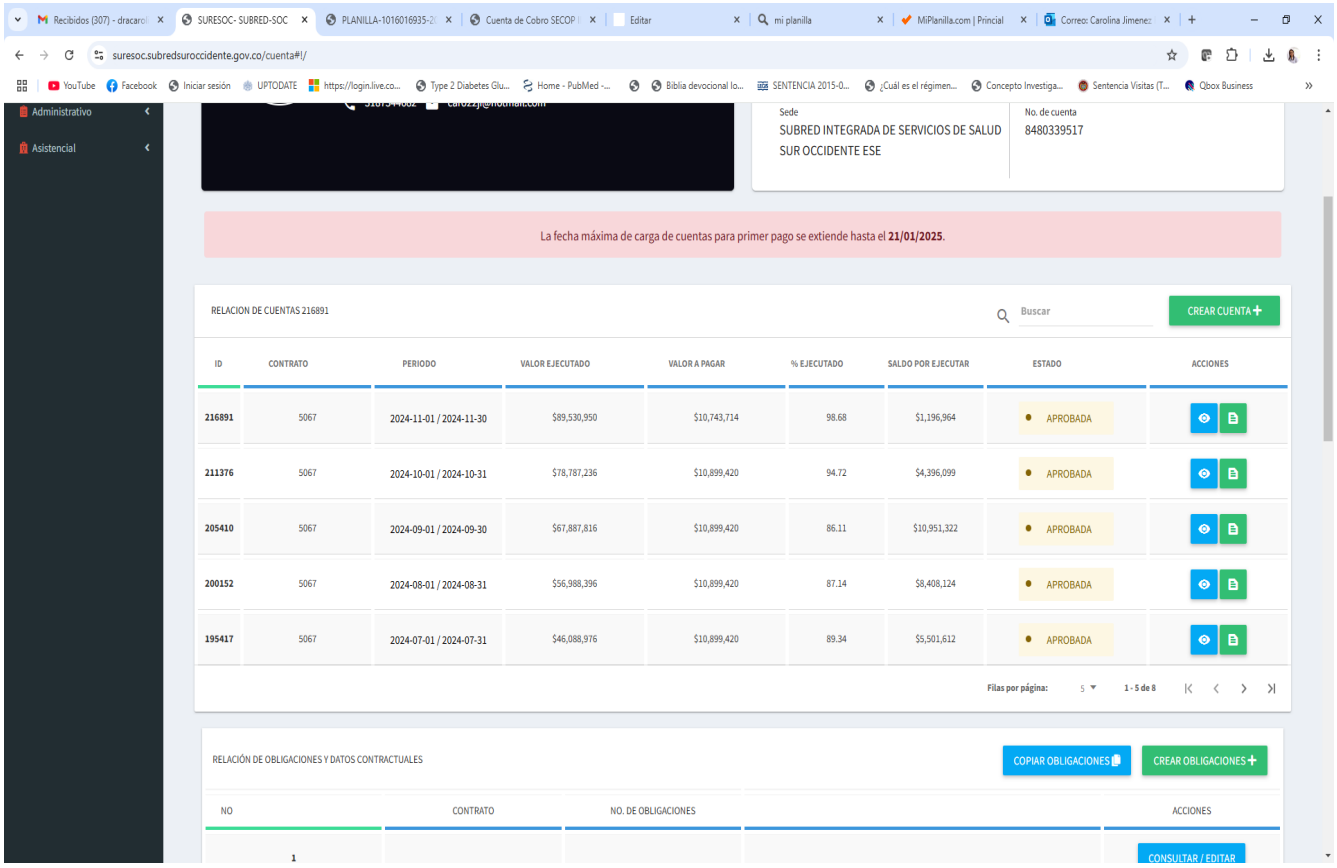
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	no aplica	no aplica
Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	no aplica	no aplica
Entregar la constancia de afiliación 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

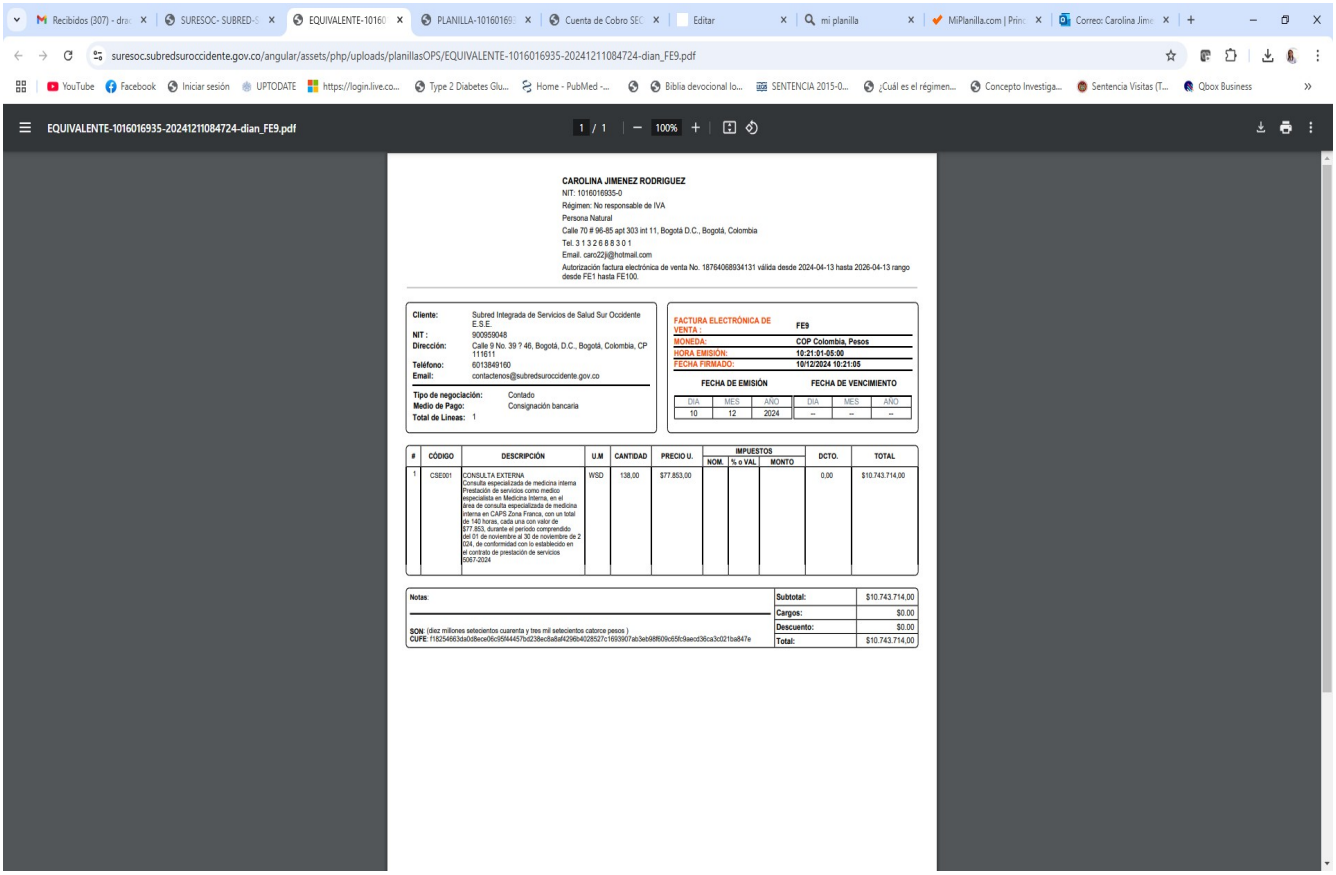
LILIANA CASTIBLANCO MOSOS
52619353
Supervisor

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


Administrativo
Asistencial
Sede
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
No. de cuenta
8480339517
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 21/01/2025.
RELACION DE CUENTAS 216891
Buscar
CREAR CUENTA
ID
CONTRATO
PERIODO
VALOR EJECUTADO
VALOR A PAGAR
% EJECUTADO
SALDO POR EJECUTAR
ESTADO
ACCIONES
216891 5067 2024-11-01 / 2024-11-30 $89,530,950 $10,743,714 98.68 $1,196,964 APROBADA
211376 5067 2024-10-01 / 2024-10-31 $78,787,236 $10,899,420 94.72 $4,396,099 APROBADA
205410 5067 2024-09-01 / 2024-09-30 $67,887,816 $10,899,420 86.11 $10,951,322 APROBADA
200152 5067 2024-08-01 / 2024-08-31 $56,988,396 $10,899,420 87.14 $8,408,124 APROBADA
195417 5067 2024-07-01 / 2024-07-31 $46,088,976 $10,899,420 89.34 $5,501,612 APROBADA
Filas por página: 5
1 - 5 de 8
RELACIÓN DE OBLIGACIONES Y DATOS CONTRACTUALES
COPIAR OBLIGACIONES
CREAR OBLIGACIONES
NO
CONTRATO
NO. DE OBLIGACIONES
ACCIONES
1
CONSULTAR / EDITAR



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. caro22jj@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 : 900059048
Dirección: Calle 9 No. 39 ? 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611
Teléfono: 6013849160
Email: contactenos@subredsuroccidente.gov.co

Tipo de negociación: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA : FE9
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 10:21:01-05:00
FECHA FIRMADO: 10/12/2024 10:21:05

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
10	12	2024	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
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 período comprendido del 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2024, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 5067-2024	WSD	138,00	$77.853,00				0,00	$10.743.714,00

Notas:

SON: (diez millones setecientos cuarenta y tres mil setecientos catorce pesos)
CUFE: f1825466f3da0d6ece06c5f44457bd238ec8a6af429b0402852 7c1693907ab3eb98f609cd5fc9aeccf36ca3c021ba847e

Subtotal:	$10.743.714,00
Cargos:	$0.00
Descuento:	$0.00
Total:	$10.743.714,00