| | | | |
|---|---|---|---|
| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| **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: | Yanela Infante Hernandez | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | | X | C.E | | | No. | 883726 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | yanelainfante@gmail.com | | | | | | CELULAR: | 3138414922 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | C. EXT MEDICINA FAMILIAR USS 50 MEXICANA | | | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | | | |
| | SU50A41 | 47 | PA34A41 | 45 | KE13A41W | 8 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4800012258 | | | | | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 3108 | | | VIGENCIA | | | 2024 | |
| NÚMERO DE CDP | 164 | FECHA | 2025-01-20 17:27:32.000 | NÚMERO DE CRP | 8082 | FECHA | 2025-01-20 18:10:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | MEDICO ESPECIALISTA- MEDICINA FAMILIAR | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2025-01-01 | | 2025-01-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $9,400,960 | | | | | |
| 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: | $122,507,830 |
| VALOR EJECUTADO | $122,507,830 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $9,400,960 |
| 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1069337415 | $4,112,920 | $514,115 | $658,067 | 3 | $100,191 | $1,272,373 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 la Consulta Externa de medicina familiar según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera. | Realizó la Consulta Externa de medicina familiar según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requirió | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas |
| Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad | Elaboró las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente. | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas |
| Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. | Realizó el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades | Formuló y ejecutó las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento que dieron lugar en el desarrollo de sus actividades | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado. | Realizó las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Realizar la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente | Realizó la referencia y la contrareferencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Reportó los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestació del servicio. | Aplicó lineamientos, normas, guías y protocolos para garantizar la adecuada prestación del servicio. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas" | Reportó oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu también puedes salvar vidas" | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas | Presentó informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute | Asistió y participó activamente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento que se dieron lugar, relacionadas con las actividades que ejecutó | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas | Garantizó la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generaron durante las actividades realizadas. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados. | Revisó y notificó oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Diligenció el consentimiento informado acorde al procedimiento. | Atención integral al paciente y/o Reporte de historias clínicas |
| 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 según requerimientos de la Subred | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Responde por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entrega a la persona encargada en caso de terminación del contrato | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | Tuvo participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios | Protocolos y actividades establecidas por la institución |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | Adjuntó la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc | Constancia en soporte de planilla de pago al sistema de seguridad social |
| En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato. | Informó al supervisor del contrato impedimentos para asistir a consulta por fuerza mayor o caso fortuito | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente. | Realizó uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluyendo el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente. | Protocolos y actividades establecidas por la institución |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato | Realizó las demás actividades que le fueron asignadas acordes con el objeto del contrato | Protocolos y actividades establecidas por la institución |

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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 Certificadd
Subred Surocciidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIO DE SALLUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**YANELA INFANTE HERNANDEZ**

**CE 883726 DE BOGOTA D.C**

La suma de $9.400.960 por concepto de Prestar servicios Profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Medicina dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicio N° 3108-2024



**YANELA INFANTE HERNANDEZ**

**CE 883726 de Bogotá D.C**

**Cuenta de Ahorro Bancolombia**

**Numero 04800012258**

Homepage

Aumentar el contraste

UTC -5 21:44:52
Yanela Infante He...

Búsqueda | Mis procesos | Menú | Ir a

Buscar...

Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

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

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** ○ Sí ◉ 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

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | comprobante pago ene24.pdf (Archivado) | comprobante pago ene24.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | comprobante pago feb24.pdf (Archivado) | comprobante pago feb24.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | comprobante pago marz24.pdf (Archivado) | comprobante pago marz24.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| | comprobante pago abril 24.pdf (Archivado) | comprobante pago abril 24.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Enero- Soporte Ejeccion contrato.pdf | Enero- Soporte Ejeccion contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Febrero-Soporte ejecucion contrato.pdf (Archivado) | Febrero-Soporte ejecucion contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Marzo- Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Marzo- Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril- Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Abril- Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo- Soporte ejecucion contrato.pdf | Mayo- Soporte ejecucion contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio- Soporte ejecucion de contrato.pdf | Junio- Soporte ejecucion de contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio_ Soporte Ejecucuon contrato.pdf | Julio_ Soporte Ejecucuon contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Agosto__Soporte Ejecucion contrato.pdf | Agosto__Soporte Ejecucion contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Septiembre-Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Septiembre-Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Cambio Designación de Supervisión cto 3108-2024.pdf | Cambio Designación de Supervisión cto 3108-2024.pdf | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Octubre_ Soporte Ejecucion del Contrato.pdf | Octubre_ Soporte Ejecucion del Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Noviembre- Soporte Ejecucion de Contrato.pdf | Noviembre- Soporte Ejecucion de Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Diciembre__ Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Diciembre__ Soporte Ejecucion Contrato.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

## Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

### Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2025-01-06, 03:45:48 PM en horario extendido |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2024 |
| **Empresa** | YANELA INFANTE HERNANDEZ |
| **CEDULA EXTRANJERIA** | CE 883726 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1069337415 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 1176647482 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 1.297.200 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | www.simple.co |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 658.100 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 514.200 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 100.200 | $ 0 |
| N860066942 | CCF24 | CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR | 1 | $ 24.700 | $ 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **SubTotales:** | $ 1.297.200 | $ 0 |
| **Total a Pagar:** | | $ 1.297.200 |



**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!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la**