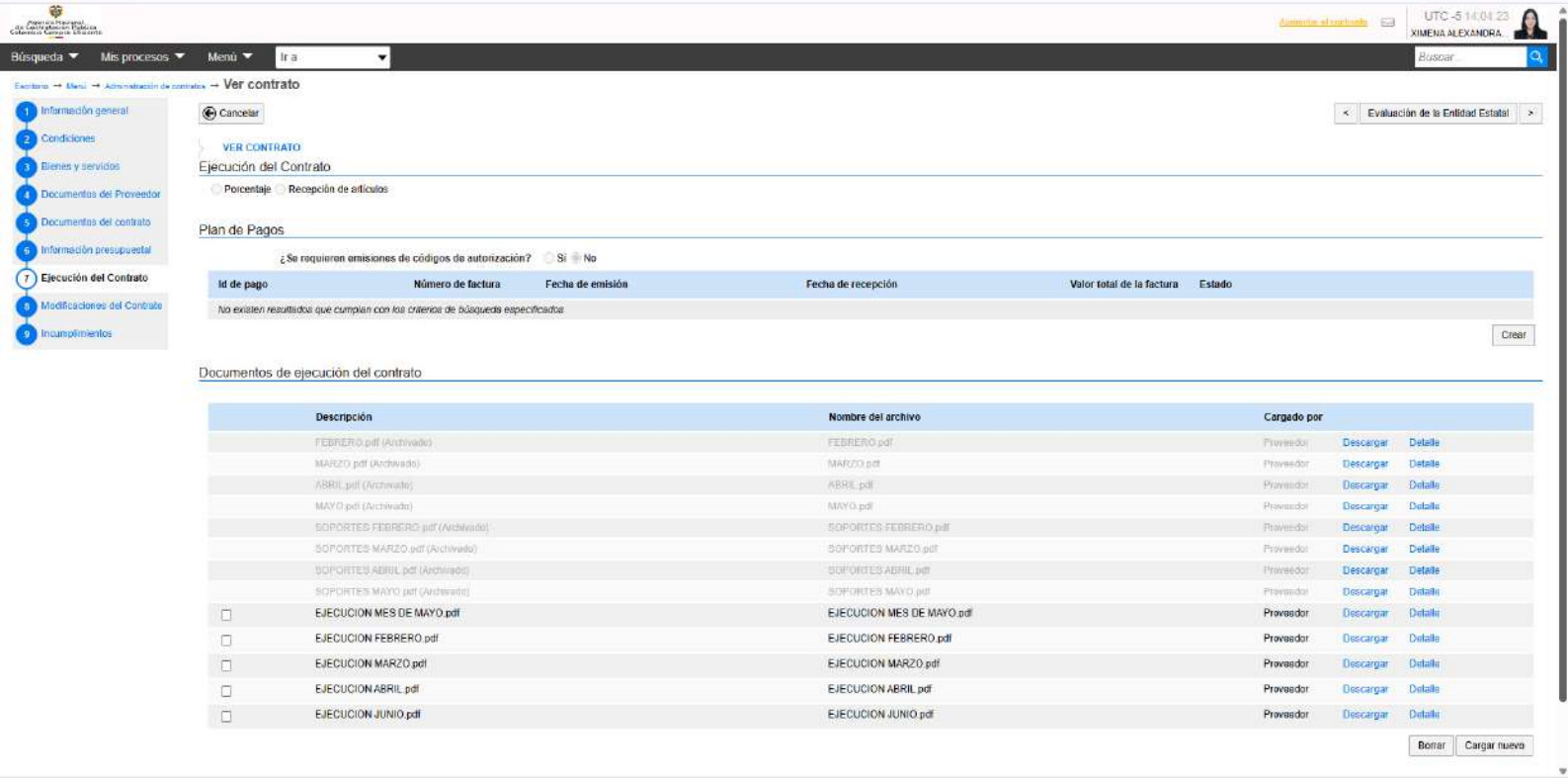

Aumentar el contraste
UTC -5 14:04:23
XIMENA ALEXANDRA
Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
Escritorio → Menú → Administración de contratos → Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución 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? 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
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
FEBRERO.pdf (Archivado) FEBRERO.pdf Proveedor Descargar Detalle
MARZO.pdf (Archivado) MARZO.pdf Proveedor Descargar Detalle
ABRIL.pdf (Archivado) ABRIL.pdf Proveedor Descargar Detalle
MAYO.pdf (Archivado) MAYO.pdf Proveedor Descargar Detalle
SOPORTES FEBRERO.pdf (Archivado) SOPORTES FEBRERO.pdf Proveedor Descargar Detalle
SOPORTES MARZO.pdf (Archivado) SOPORTES MARZO.pdf Proveedor Descargar Detalle
SOPORTES ABRIL.pdf (Archivado) SOPORTES ABRIL.pdf Proveedor Descargar Detalle
SOPORTES MAYO.pdf (Archivado) SOPORTES MAYO.pdf Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION MES DE MAYO.pdf EJECUCION MES DE MAYO.pdf Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION FEBRERO.pdf EJECUCION FEBRERO.pdf Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION MARZO.pdf EJECUCION MARZO.pdf Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION ABRIL.pdf EJECUCION ABRIL.pdf Proveedor Descargar Detalle
EJECUCION JUNIO.pdf EJECUCION JUNIO.pdf Proveedor Descargar Detalle
Borrar
Cargar nuevo

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010117966	XIMENA ALEXANDRA GARCIA LOAIZA	CL 137 91 - 97	3116034304	ximenagaloaiza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87617042	$785.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	317.300	0		0		0	0	0	0	317.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	406.200	0	0	0	0	0	0		406.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	61.900				61.900	0	0	61.900			619	61.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	317.300	317.300
Pensión	1	406.200	406.200
Riesgos Laborales	1	61.900	61.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	785.400	785.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010117966	XIMENA ALEXANDRA GARCIA LOAIZA		CL 137 91 - 97	3116034304	ximenagaloaiza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	I	09/07/2025	87617042	$785.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010117966	GARCIA LOAIZA XIMENA ALEXANDRA	59	0			N																	230301	2.538.379	406.200	0	0	0	0	EPS008	2.538.379	317.300	14-11	2.538.379	3	61.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010117966	XIMENA ALEXANDRA GARCIA LOAIZA	CL 137 91 - 97	3116034304	ximenagaloaiza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
87617042	09/07/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	N	30/07/2025	88567488	$192.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	76.800	0		0		0	15	800	0	77.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	98.300	0	0	0	0	15	1.000	0	99.300	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	14.900				14.900	15	200	15.100			149	15.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	76.800	77.600
Pensión	1	98.300	99.300
Riesgos Laborales	1	14.900	15.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	190.000	192.000

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1010117966	XIMENA ALEXANDRA GARCIA LOAIZA	CL 137 91 - 97	3116034304	ximenagaloaiza@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
87617042	09/07/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-06	2025-06	N	30/07/2025	88567488	$192.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1010117966	GARCIA LOAIZA XIMENA ALEXANDRA	59	0			N								X								230301	3.152.505	504.500	0	0	0	0	EPS008	3.152.505	394.100	14-11	3.152.505	3	76.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

NIT. 900.959.048-4

DEBE A: XIMENA ALEXANDRA GARCÍA

LOAIZA

CC. 1010117966 DE BOGOTÁ

La suma de $6.345.948 por concepto de honorarios del mes de Julio, del 01 de Julio de 2025 al 31 de Julio de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato 732-2025.

XIMENA GARCÍA LOAIZA

CC. 1010117966

Cuenta de ahorro Banco Bancolombia

No CUENTA 198-543404-61

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA
Identificación:	1010117966
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	ximenagaloaiza@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	27/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	1. Interés directo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga interés particular y directo en la regulación, gestión, control o decisión del asunto
NORMATIVIDAD	• C.P.C, art. 126. • Ley 1437 de 2011, art.11. • Ley 1952 de 2019, art. 44, 56 núm. 1 y 2, 71, 104 num.1. • Ley 1564 de 2012, art 141, num.1.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	2. Conocimiento previo
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya conocido del asunto en oportunidad anterior
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 2. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	3. Concepto o consejo fuera de la actuación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, haya dado consejo o concepto por fuera de la actuación administrativa sobre las cuestiones materia de la misma, o haya intervenido en esta como apoderado(a), agente del Ministerio Público, perito(a) o testigo(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art.11 núm. 11. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 12.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA I.	4. Que se haya proferido la decisión sujeta a revisión
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) haya proferido la decisión que está sujeta a su revisión
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 140, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA II.	5. Relación con las partes
DESCRIPCIÓN	Que el(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, tenga relación con las partes interesadas en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA III.	6. Heredero o legatario
DESCRIPCIÓN	Que él(la) servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea heredero(a) o legatario(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, numeral 12. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 7. Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 13.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IV.	7. Amistad o enemistad
DESCRIPCIÓN	Que exista enemistad grave por hechos ajenos a la actuación administrativa, o amistad entrañable entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 8. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 5. • Ley 1564 de 2012, art. 141, numeral 9.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA V.	8. Curador o tutor del interesado
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea curador(a) o tutor(a) de la persona interesada en el asunto
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 3. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VI.	9. Organización, sociedad o asociación a la cual perteneció o continúa siendo miembro
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea socio(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a) en sociedad de personas
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	10. Litigio o controversia
DESCRIPCIÓN	Que exista litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales entre el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado y cualquiera de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a)
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 10. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 6. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 11.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VII.	11. Decisión administrativa pendiente
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado tenga decisión administrativa pendiente en que se controvierta la misma cuestión jurídica que debe resolver
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 13. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	12. Denuncia penal
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados en la actuación, su representante o apoderado(a) haya formulado queja disciplinaria contra el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación disciplinaria
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 6. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 8. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 7.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA VIII.	13. Denuncia Penal
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya formulado denuncia penal contra una de las personas interesadas en la actuación administrativa o su representante o apoderado(a), antes de iniciarse la actuación administrativa; o durante su trámite, siempre que la denuncia se refiera a hechos ajenos a la actuación y que el denunciado(a) se halle vinculado(a) a la investigación penal, o estar aquellos legitimados para intervenir como parte civil en el respectivo proceso penal
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 7. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 8.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA IX.	14. Acreedor/ deudor
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, sea acreedor(a) o deudor(a) de alguna de las personas interesadas en la actuación administrativa, su representante o apoderado(a), salvo cuando se trate de persona de derecho público, establecimiento de crédito o sociedad anónima
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 9. • Ley 1952 de 2019, art. 104, núm. 9. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 10.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA X.	15. Antiguo empleador
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado, dentro del año anterior, haya tenido interés directo o haya actuado como representante, asesor(a), presidente(a), gerente(a), director(a), miembro(a) de Junta Directiva o socio(a) de gremio, sindicato, sociedad, asociación o grupo social o económico interesado(a) en el asunto objeto de definición
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 16.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XI.	16. Lista de candidatos
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular inscritas o integradas también por el interesado(a) en el período electoral coincidente con la actuación administrativa o en alguno de los dos períodos anteriores
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 14.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XII.	17. Recomendación
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado haya sido recomendado(a) por el interesado(a) en la actuación para llegar al cargo que ocupa o haya sido señalado por este como referencia con el mismo fin
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 15.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIII.	18. Relación contractual o de negocios
DESCRIPCIÓN	Que alguno de los interesados(as) en la actuación administrativa sea representante, apoderado(a), dependiente, mandatario(a) o administrador(a) de los negocios del servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado
NORMATIVIDAD	• Ley 1437 de 2011, art. 11, núm. 4. • Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 5.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XIV.	19. Participación directa
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado hubiere participado en la expedición del acto enjuiciado, en la formación o celebración del contrato o en la ejecución del hecho u operación administrativa materia de la controversia
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 1 y 4.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XV.	20. Participación en proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo recurso de anulación
DESCRIPCIÓN	Que el(la) juez(a) hubiere intervenido en condición de árbitro(a), de parte, de tercero interesado(a), de apoderado(a), de testigo(a), de perito(a) o de agente del Ministerio Público en el proceso arbitral respecto de cuyo laudo se esté surtiendo el correspondiente recurso de anulación ante la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 2.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVI.	21. Parientes en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso
DESCRIPCIÓN	Que el cónyuge, compañero(a) permanente, o alguno de los parientes del juez(a) dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad tengan la condición de servidores(as) públicos(as) o contratistas en los niveles directivos, asesor(a) o ejecutivo(a) en una de las entidades públicas que concurran al respectivo proceso en calidad de parte o de tercero interesado
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVII.	22. Dádivas
DESCRIPCIÓN	Que el servidor(a) público(a) o colaborador(a) del Estado reciba o haya recibido dádivas, agasajos, regalos, favores o cualquier otra clase de beneficios incluyendo dinero
NORMATIVIDAD	• Ley 1564 de 2012, art. 141, núm. 3.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

TIPOLOGIA XVIII	23. Responsables de la Evaluación de Desempeño
DESCRIPCIÓN	Los responsables de evaluar el desempeño laboral de los empleados(as) de carrera o en período de prueba cuando se encuentren vinculados(as) con estos por matrimonio o por unión permanente o tengan parentesco dentro de los grados de consanguinidad o afinidad establecidos en la normatividad o exista enemistad grave con el empleado(a) a evaluar o cuando exista cualquier causal de impedimento o hecho que afecte su objetividad
NORMATIVIDAD	• Decreto Ley 760 de 2005, art. 38.
INCURSO EN LA CAUSAL	No
RELATO SUCINTO DE LA SITUACIÓN EN CASO POSITIVO	N/A

Advertencia:

Esta declaración se hizo bajo la gravedad de juramento, por lo tanto, se recibe bajo el principio de la buena fe de que trata el artículo 83 de la Constitución Política, entendiendo que quien la presentó es el usuario registrado en el sistema y se presume que corresponde a información veraz.

Firma electrónica:
XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA 27/07/2025 21:46:29

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

NOMBRE: XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA

CC: 1010117966

BOGOTÁ D.C.

Documento electrónico: c0ab5ea311fd77a5189873caa828820593799a8084181480f55c27ea46a2843f

NOTA: No requiere firma física debido a que ha sido firmado electrónicamente

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA

IDENTIFICADO CON **C.C.** ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1010117966 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección AK 86 17 96 **Teléfonos** 3116034304 3116034304

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Carlos Humberto Garcia Arias	5860846	Padre
Luz Angela Loaiza Ortegon	52744269	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 6.345.948,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 1.550.000,00
HONORARIOS	$ 0,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 7.895.948,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	19854340461	VIRTUAL	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
		$ 0,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
ARRIENDO	ARRIENDO	$ 1.550.000,00

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

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

Sideap 2.0

Última Actualización: 27-jul-2025

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ◯ **NO** ⓧ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO C.C ◯ C.E ◯ T.I. ◯	NÚMERO DOCUMENTO

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA 27/07/2025 21:44:52

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 27-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

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:	Ximena Alexandra García Loaiza						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010117966	
CORREO ELECTRONICO:	ximenagaloaiza@gmail.com				CELULAR:	3222502626	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	19854340461				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	732			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34648	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-15		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$1,023,540				
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:	$1,023,540
VALOR EJECUTADO	$1,023,540
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$1,023,540
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
87617042_88567488	$2,538,379	$317,297	$406,141	3	$61,835	$785,273

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada	Realizar evaluaciones médicas diarias a los pacientes asignados, siguiendo las guías clínicas institucionales	Realizar evaluaciones médicas diarias a los pacientes asignados, siguiendo las guías clínicas institucionalesv
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	iligenciar y mantener actualizados los formatos de historia clínica y demás documentos relacionados d	Historia clínica digital o física conforme a la normatividad vigente
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Organizar una agenda diaria con las consultas programadas y tareas administrativas	Uso de una herramienta de planificación (aplicaciones como Google Calendar o un cuaderno de notas)
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	Uso de una herramienta de planificación (aplicaciones como Google Calendar o un cuaderno de notas)	Organizar una agenda diaria con las consultas programadas y tareas administrativas
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Identificar áreas de mejora en los procesos y proponer acciones correctivas en reuniones de equipo	Informe de planes de mejora con indicadores medibles
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	Informe de planes de mejora con indicadores medibles	dentificar áreas de mejora en los procesos y proponer acciones correctivas en reuniones de equipo
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios	Registro digital o físico de los eventos reportado
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Registro digital o físico de los eventos reportado	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Consultar y actualizarse regularmente en las guías de manejo para cada patología prevalente en la institución	nformar cualquier evento adverso o irregularidad mediante el sistema institucional de notificación
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Formato de notificación de incidentes de seguridad diligenciado y enviado	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Documentación actualizada de protocolos y guías clínicas	Informar cualquier evento adverso o irregularidad mediante el sistema institucional de notificación
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Preparar informes quincenales o mensuales con los indicadores de gestión y casos atendido	Formato de notificación de incidentes de seguridad diligenciado y enviado
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	Registro digital o físico de los eventos reportad	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios	Reporte diario de estado de la agenda de servicios.
Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente	Archivar de manera organizada los soportes documentales físicos y digitales según los protocol	Archivar de manera organizada los soportes documentales físicos y digitales según los protocol
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Verificar diariamente la programación de pacientes y comunicar cambios al supervisor	Reporte diario de estado de la agenda de servicios
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada	Explicar procedimientos al paciente y obtener el consentimiento antes de cualquier intervención	Explicar procedimientos al paciente y obtener el consentimiento antes de cualquier intervención
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	Reporte diario de estado de la agenda de servicios.	Verificar diariamente la programación de pacientes y comunicar cambios al supervisor
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Copia del soporte de pago adjunto en la cuenta de cobro	Notificar de inmediato a tu supervisor por correo o teléfono en caso de ausencia
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	Cumplir con cualquier tarea adicional relacionada con tu rol, documentando los procesos realizado	Registro de las actividades y evidencia fotográfica o documental según corresponda
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Registro de las actividades y evidencia fotográfica o documental según corresponda	Copia del soporte de pago adjunto en la cuenta de cobro

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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	Historias clínicas con diagnóstico y plan terapéutico registrado en el s	Realización de consultas médicas, valoraciones, diagnósticos y prescripción de tratamientos de acuerdo con cada caso clínico
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Atención de pacientes según las metas establecidas en el contrato, garantizando calidad y continuidad del servicio	Reporte mensual de cumplimiento de metas asistenciales y de productividad
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Reporte mensual de cumplimiento de metas asistenciales y de productividad	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, asegurando continuidad del cuidado en la red de salud
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas	Registro oficial de eventos reportados con acuse de recibo del	dentificación y notificación de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica a
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	Identificación y notificación de irregularidades o incidentes en la prestación del servicio	Lista de asistencia y actas de reuniones con aportes realizados
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.	Lista de asistencia y actas de reuniones con aportes realizados	Informe detallado que incluya datos de consultas, referencias y metas alcanzadas
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Lista de asistencia y actas de reuniones con aportes realizados	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, asegurando continuidad del cuidado en la red de salud
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, asegurando continuidad del cuidado en la red de salud	Informe de cumplimiento y ajustes en la agenda médica.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Envío de soportes de pago de seguridad social al aplicativo correspondiente	Constancia de afiliación y soporte de pago adjuntos a la cuenta de cobro
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Constancia de afiliación y soporte de pago adjuntos a la cuenta de cobro	Explicación del procedimiento al paciente y registro del consentimiento informado antes de realizar cualquier intervención
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Explicación del procedimiento al paciente y registro del consentimiento informado antes de realizar cualquier intervención	materiales asignados para el desarrollo de las actividades. Formato de inventario actualizado y r
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	Consentimientos informados firmados y anexados a las historias clínicas	Participación activa en reuniones de equipo y capacitaciones para mejorar las competencias profesionales
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Verificación diaria de la agenda médica y reporte oportu	Informe de cumplimiento y ajustes en la agenda médica.
Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente	Elaboración y presentación de informes quincenales o mensuales de las actividades médicas realizadas	Informe detallado que incluya datos de consultas, referencias y metas alcanzadas
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Informe detallado que incluya datos de consultas, referencias y metas alcanzadas	Informe de cumplimiento y ajustes en la agenda médica.

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 Controlada Subred Suroccidente

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:	Ximena Alexandra García Loaiza						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1010117966	
CORREO ELECTRONICO:	ximenagaloaiza@gmail.com				CELULAR:	3222502626	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	C. EXT MEDICINA GENERAL HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37A10	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	19854340461				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	732			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34648	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$6,345,948				
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:	$6,345,948
VALOR EJECUTADO	$6,345,948
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$6,345,948
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
87617042/88567488	$3,152,503	$394,063	$504,401	3	$76,795	$975,258

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada	Realizar evaluaciones médicas diarias a los pacientes asignados, siguiendo las guías clínicas institucionales	Realizar evaluaciones médicas diarias a los pacientes asignados, siguiendo las guías clínicas institucionalesv
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	iligenciar y mantener actualizados los formatos de historia clínica y demás documentos relacionados d	Historia clínica digital o física conforme a la normatividad vigente
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Organizar una agenda diaria con las consultas programadas y tareas administrativas	Uso de una herramienta de planificación (aplicaciones como Google Calendar o un cuaderno de notas)
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	Uso de una herramienta de planificación (aplicaciones como Google Calendar o un cuaderno de notas)	Organizar una agenda diaria con las consultas programadas y tareas administrativas
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Identificar áreas de mejora en los procesos y proponer acciones correctivas en reuniones de equipo	Informe de planes de mejora con indicadores medibles
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	Informe de planes de mejora con indicadores medibles	Identificar áreas de mejora en los procesos y proponer acciones correctivas en reuniones de equipo
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios	Registro digital o físico de los eventos reportado
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Registro digital o físico de los eventos reportado	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado	Notificar oportunamente los casos al sistema de vigilancia epidemiológica local (SIVIGILA)
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas	Consultar y actualizarse regularmente en las guías de manejo para cada patología prevalente en la institución	Informar cualquier evento adverso o irregularidad mediante el sistema institucional de notificación
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Formato de notificación de incidentes de seguridad diligenciado y enviado	Formulario de referencia/contrarreferencia debidamente diligenciado y firmado
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Documentación actualizada de protocolos y guías clínicas	Informar cualquier evento adverso o irregularidad mediante el sistema institucional de notificación
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Preparar informes quincenales o mensuales con los indicadores de gestión y casos atendido	Formato de notificación de incidentes de seguridad diligenciado y enviado
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	Registro digital o físico de los eventos reportad	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Completar correctamente los formatos de referencia y asegurarte de la continuidad del cuidado en la red de servicios	Reporte diario de estado de la agenda de servicios.
Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente	Archivar de manera organizada los soportes documentales físicos y digitales según los protocol	Archivar de manera organizada los soportes documentales físicos y digitales según los protocol
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Verificar diariamente la programación de pacientes y comunicar cambios al supervisor	Reporte diario de estado de la agenda de servicios.
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada	Explicar procedimientos al paciente y obtener el consentimiento antes de cualquier intervención	Explicar procedimientos al paciente y obtener el consentimiento antes de cualquier intervención
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de formar oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	Reporte diario de estado de la agenda de servicios.	Verificar diariamente la programación de pacientes y comunicar cambios al supervisor
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Copia del soporte de pago adjunto en la cuenta de cobro	Notificar de inmediato a tu supervisor por correo o teléfono en caso de ausencia
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades	Cumplir con cualquier tarea adicional relacionada con tu rol, documentando los procesos realizado	Registro de las actividades y evidencia fotográfica o documental según corresponda
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Registro de las actividades y evidencia fotográfica o documental según corresponda	Copia del soporte de pago adjunto en la cuenta de cobro

Copia Controlada
Subred Suroccidente

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	Historias clínicas con diagnóstico y plan terapéutico registrado en el s	Realización de consultas médicas, valoraciones, diagnósticos y prescripción de tratamientos de acuerdo con cada caso clínico
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente	Atención de pacientes según las metas establecidas en el contrato, garantizando calidad y continuidad del servicio	Reporte mensual de cumplimiento de metas asistenciales y de productividad
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio	Reporte mensual de cumplimiento de metas asistenciales y de productividad	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, asegurando continuidad del cuidado en la red de salud
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu tambien puedes salvar vidas	Registro oficial de eventos reportados con acuse de recibo del	dentificación y notificación de eventos sujetos a vigilancia epidemiológica a
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	Identificación y notificación de irregularidades o incidentes en la prestación del servicio	Lista de asistencia y actas de reuniones con aportes realizados
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugar, relacionadas con las actividades que ejecute.	Lista de asistencia y actas de reuniones con aportes realizados	Informe detallado que incluya datos de consultas, referencias y metas alcanzadas
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Lista de asistencia y actas de reuniones con aportes realizados	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, asegurando continuidad del cuidado en la red de salud
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados	Diligenciamiento de formatos de referencia y contrarreferencia, asegurando continuidad del cuidado en la red de salud	Informe de cumplimiento y ajustes en la agenda médica.
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento	Envío de soportes de pago de seguridad social al aplicativo correspondiente	Constancia de afiliación y soporte de pago adjuntos a la cuenta de cobro
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Constancia de afiliación y soporte de pago adjuntos a la cuenta de cobro	Explicación del procedimiento al paciente y registro del consentimiento informado antes de realizar cualquier intervención
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Explicación del procedimiento al paciente y registro del consentimiento informado antes de realizar cualquier intervención	materiales asignados para el desarrollo de las actividades. Formato de inventario actualizado y r
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	Consentimientos informados firmados y anexados a las historias clínicas	Participación activa en reuniones de equipo y capacitaciones para mejorar las competencias profesionales
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Verificación diaria de la agenda médica y reporte oportu	Informe de cumplimiento y ajustes en la agenda médica.
Uso adecuado de la bata y carnet segun lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el cotexto de seguridad del paciente	Elaboración y presentación de informes quincenales o mensuales de las actividades médicas realizadas	Informe detallado que incluya datos de consultas, referencias y metas alcanzadas
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Informe detallado que incluya datos de consultas, referencias y metas alcanzadas	Informe de cumplimiento y ajustes en la agenda médica.

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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 Controlada Subred Suroccidente