

					Versión 3			
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:			Gineth Karina Garcia Gordillo					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1032474315
CORREO ELECTRONICO:			g.karina.g@hotmail.com			CELULAR:		3204640696
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:		BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			488417551220				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		214			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34536	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000	
OBJETO DEL CONTRATO:		MEDICO GENERAL- SERVICIOS AMBULATORIOS						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
				2025-10-01			2025-10-31	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,776,520				
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:						\$25,383,793		
VALOR EJECUTADO						\$4,776,520		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,776,520		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$20,607,273		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						19%		
El intervisor 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		
90015477	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062		
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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								

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Practicar las intervenciones y valoraciones médicas, establecer diagnósticos y prescribir el tratamiento acorde con la patología diagnosticada.	Realizar diagnóstico adecuado, registro de la historia clínica y procedimientos para formular tratamiento seguro y oportuno	Historia Clínica
Desarrollar y apoyar la ejecución de actividades de promoción en salud, prevención de la enfermedad y vigilancia en salud pública a nivel intramural y extramural, necesarias en los diferentes grupos del ciclo evolutivo y vital de acuerdo con la normatividad vigente.	Participar en actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades, como charlas, talleres, campañas educativas, entre otros.	Actas, firma de participación en charlas, historia clínica.
Realizar las actividades propias del servicio de consulta médica asistencial	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad	Historia Clínica , apropiación de la plataforma estratégica , enfoque con misión y visión de la subred suroccidente , implementación de valores y principios institucionales
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de forma oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente.	Elaboración de la historia clínica completa de acuerdo a lineamientos establecidos	Historia Clínica registro en Dinámica
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Realización de actividades establecidas	Prestar servicios profesionales 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, como cumplimiento del indicador de rendimiento y de productividad, verificación de historias clínicas, notificación de eventos de salud pública.
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	Realizar las acciones de mejora que se deben desarrollar , para mejorar los procesos institucionales en la unidad	Evidencia en el registro de historias clínicas, adherencia a los procesos institucionales
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos formulados, en el área o servicio asignado	Realización de actividades establecidas	Agenda - historia Clínica / Metas propuestas realizar 420 consultas en el mes.
Apoyar el desarrollo de estrategias de participación social con los diferentes actores locales con el fin de garantizar la pertinencia y efectividad de las intervenciones en salud.	Asegurar que las intervenciones en salud sean pertinentes a las necesidades locales y estén alineadas con las políticas de salud pública	Adecuado diligenciamiento de historia clínica, informes de actividades.
. Participar en la elaboración y actualización del diagnóstico de salud de la localidad y el área de influencia de la Empresa Social del Estado.	Actualización constante de los datos de la población con adecuada recolección de los mismos	Diagnóstico de salud actualizado de la localidad y el área de influencia en la historia clínica
Participar junto con el equipo de salud, en la evaluación de la eficiencia y el impacto de los programas ofrecidos a la comunidad	Recolección de datos para la implementación de programas de salud	Historia clínica, reportes de notificación
Realizar la referencia y la contra referencia de los usuarios cuando se requiera, dentro de aplicando la estrategia de redes de servicios de salud de acuerdo con la normatividad vigente.	Diligenciamiento completo y adecuado de los diferentes formatos requeridos dentro del proceso	Historia clínica, actas, consentimiento informado, reportes de notificación
Participar en las acciones de vigilancia epidemiológica para las situaciones identificadas que sean factor de riesgo para la población.	Manejar de manera ética y acorde a lo establecido la historia clínica y realizar las notificaciones pertinentes de salud pública de acuerdo con la normatividad	Historia Clínica , apropiación de la plataforma estratégica , enfoque con misión y visión de la subred suroccidente , implementación de valores y principios institucionales
Identificar necesidades y participar en estudios tendientes a solucionar los problemas de la salud de la comunidad	Realizar diagnósticos de las necesidades de salud de la comunidad mediante la recopilación de datos	Identificación de necesidades de salud diligenciadas en la historia clínica
Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una eficaz prestación de los servicios de salud en armonía con el talento humano del área o servicio.	Fomentar un ambiente de trabajo en equipo y armonía, promoviendo el respeto y la colaboración entre el talento humano del área	Abordaje interdisciplinario de los pacientes
Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.	Realizar las acciones de mejora que se deben desarrollar , para mejorar los procesos institucionales en la unidad	Evidencia en el registro de historias clínicas, adherencia a los procesos institucionales .
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Aplicar durante el proceso de atención todos los lineamientos establecidos y guías de adherencia institucionales	Consentimiento Informado , adherencia a las guías de práctica clínica evidenciado en el registro de historia clínica
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio.	Informe acerca de anomalías presentadas en la prestación del servicio aplicativo Suresoc	Reporte de sucesos de seguridad
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	Entrega de Informes mensuales o periódicos que demuestren la veracidad de las actividades realizadas	El informe se encuentra registrado en el sistema dinámica de las consultas ejecutadas en la unidad asignada

Participar en la Actualización de los procesos y procedimientos inherentes a sus actividades cuando se requiera.	Realización de actividades establecidas	Disponibilidad para acceder a las estrategias del trabajo en equipo y asignadas por el líder o supervisor de contrato.
Asistir y participar activa mente en las reuniones y en procesos de fortalecimiento a que haya lugares relacionados con las actividades o proyectos que ejecute	Participación en las diferentes actividades programadas	Firma de participacion en la reunion de nuestra subred se conecta, asistencia a los encuentros de aprendizaje continuo del mes de junio, reunión de revisión y supervision de historias clínicas.
<p>MICHAEL DAVID GOMEZ REYES 1012392576 Supervisor</p>		
<p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.. Copyright © 2021</p>		

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

GINETH KARINA GARCIA GORDILLO
C.C 1032474315 DE BOGOTA

La suma de \$4.776.520 por concepto de: honorarios mes de Septiembre de 2025 durante el periodo de 01 al 31 de Octubre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 214-2025

GINETH KARINA GARCIA GORDILLO
C.C.1032474315 DE BOGOTA
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 488417551220

- 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					

Cerrar

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por
☐	Ejecucion mayo de mayo.pdf (Archivado)	Ejecucion mayo de mayo.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	Ejecución mayo 2025.pdf	Ejecucion mayo 2025.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	EJECUCION_JUNIO_DRA_KARINA.pdf	EJECUCION_JUNIO_DRA_KARINA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	EJECUCION FEBRERO.pdf	EJECUCION FEBRERO.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	EJECUCION MARZO_compressed.pdf	EJECUCION MARZO_compressed.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	EJECUCION ABRIL_compressed.pdf	EJECUCION ABRIL_compressed.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	EJECUCION JULIO DRA KARINA.pdf	EJECUCION JULIO DRA KARINA.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	ejecucion agosto Karina.pdf	ejecucion agosto Karina.pdf	Proveedor Descargar Detalle
☐	EJECUCION SEPTIEMBRE.pdf	EJECUCION SEPTIEMBRE.pdf	Proveedor Descargar Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032474315	GINETH KARINA GARCIA GORDILLO		calle 70a sur # 91b-03	3025476	g.karina.g@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	25/09/2025	90015477	\$796.800

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	315.800	0		0		0	0	0	0	315.800	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	404.200	0	0	0	0	0	0		404.200	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	61.600				61.600	0	0	61.600			616	61.600	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	15.200	0
						0	
						15.200	

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	315.800	315.800
Pensión	1	404.200	404.200
Riesgos Laborales	1	61.600	61.600
CCF	1	15.200	15.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	796.800	796.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032474315	GINETH KARINA GARCIA GORDILLO		calle 70a sur # 91b-03	3025476	g.karina.g@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	25/09/2025	90015477	\$796.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1032474315	GARCIA GORDILLO GINETH KARINA	57	0	N																					25-14	2.525.952	404.200	0	0	0	0	EPS008	2.525.952	315.800	14-23	2.525.952	3	61.600	CCF24	2.525.952	15.200	0	0	0	0	0

PAGADA