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	2297	FECHA	2025-11-21 08:36:27.000	NÚMERO DE CRP	53636	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:							
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
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
91727650	$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 Diciembre 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, sigui
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 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	nforme 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	Preparar informes quincenales o mensuales con los indicadores de gestión y casos atendido
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 Certificada 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	Copia del soporte de pago adjunto en la cuenta de cobro	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, garantiz	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	nforme 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.	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	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 Certificada Subred Sur Occidente

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	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	91727650	$786.500	

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	2	400	0	317.700	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	2	600	0	406.800	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	2	100	62.000			619	62.000	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	2	0	0	0
ICBF				
0	2	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	317.700
Pensión	1	406.200	406.800
Riesgos Laborales	1	61.900	62.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	785.400	786.500

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	
2025-11	2025-11	I	18/12/2025	91727650	$786.500	

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

5:08 5G

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

Encuesta de apropiación, adherencia y efectividad de la comunicación para clientes internos de la Subred Sur Occidente

Encuesta de apropiación, adherencia y efectividad de la comunicación para clientes internos de la Subred Sur Occidente

Se registró la información con éxito

Aceptar

Queremos evaluar la efectividad de la comunicación interna en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. para fortalecer la información a los equipos de trabajo y la coordinación institucional. Sus datos serán tratados de acuerdo con la Política de uso y tratamiento de datos personales de la Secretaría

e.almeraim.com

7:31
◄ WhatsApp



Encuesta de Percepción de Confianza Institucional en Bogotá D.C. (2025)

Se ha registrado tu respuesta. Gracias por su participación.

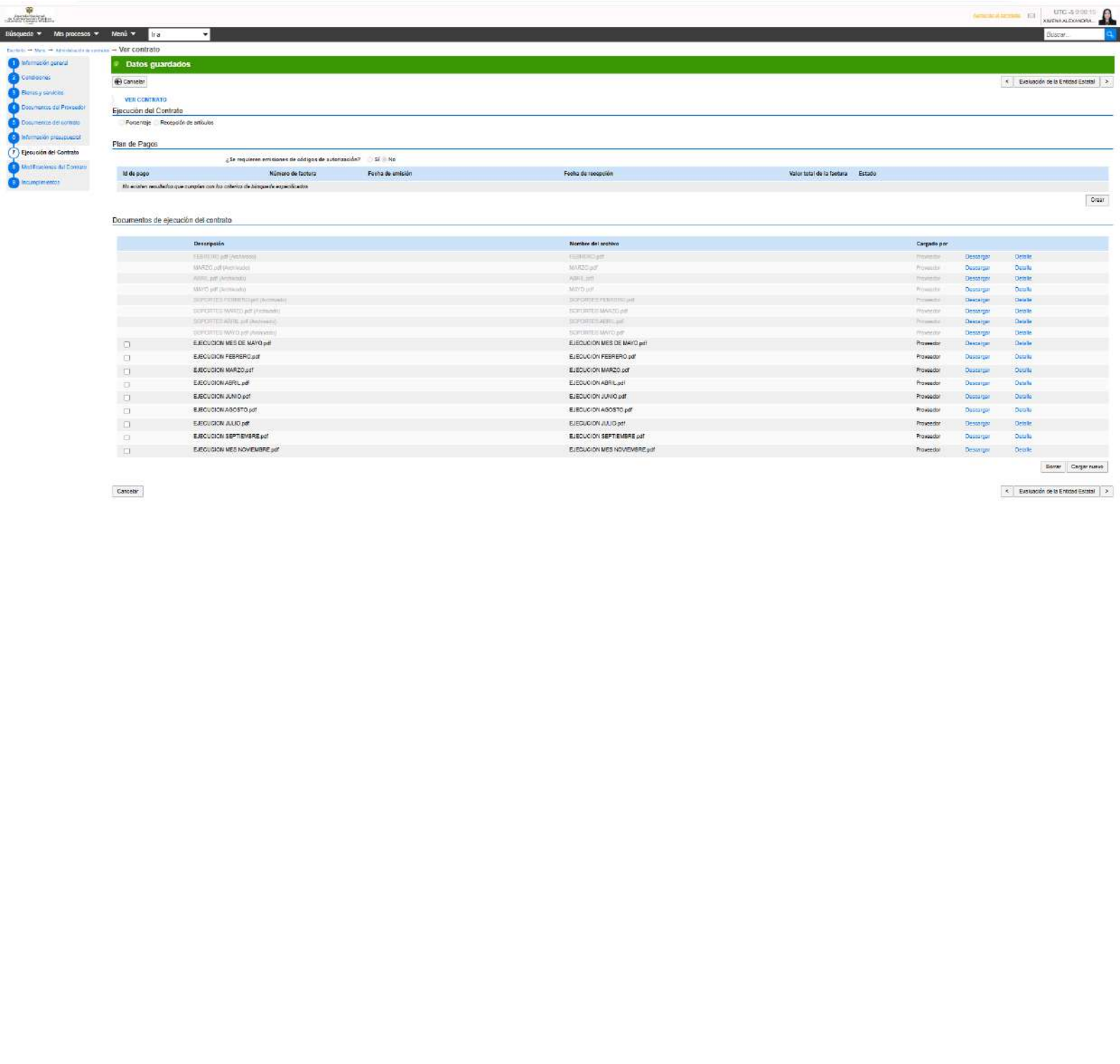
Si usted ya participó en la versión anterior de esta encuesta, o si nos compartió su información de contacto al inicio del formulario, le haremos llegar los resultados de la encuesta, así como será incluido en la lista prioritaria de ciudadanos a quienes vamos a invitar a hacer parte de los ejercicios de co-creación y participación de la Veeduría Distrital.

El formulario se creó en Bogotá es TIC. - Comunicarse con el propietario del formulario

¿El formulario parece sospechoso? Informe

Google Formularios

docs.google.com


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Buscar...
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
Datos guardados
Cancelar
Exclusión 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
EJECUCION MES DE MAYO.pdf
EJECUCION FEBRERO.pdf
EJECUCION MARZO.pdf
EJECUCION ABRIL.pdf
EJECUCION JUNIO.pdf
EJECUCION AGOSTO.pdf
EJECUCION JULIO.pdf
EJECUCION SEPTIEMBRE.pdf
EJECUCION MES NOVIEMBRE.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Exclusión de la Entidad Estatal

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 Diciembre, del 01 de Diciembre de 2025 al 31 de Diciembre de 2025 conformidad con lo establecido en el contrato 732-2025.

XIMENA ALEXANDRA GARCÍA LOAIZA

CC. 1010117966

Cuenta de ahorro Banco Bancolombia

No CUENTA 198-543404-61