

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión: 3
Fecha de aprobación: 2/15/2018
Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		CAROLINA JIMENEZ RODRIGUEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1016016935		
CORREO ELECTRONICO:	caro22ji@hotmail.com			CELULAR:	3187344682		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		C. EXT MEDICINA INTERNA USS 51 ZONA FRANCA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	FO08A11	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		8480339517			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		1245		VIGENCIA		2026	
NÚMERO DE CDP	292	FECHA	2026-01-19 06:16:59.000	NÚMERO DE CRP	11852	FECHA	2026-02-01 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL	
			2026-02-01			2026-02-28	
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$8,102,026			
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:	\$50,979,040
VALOR EJECUTADO	\$8,102,026
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$8,102,026
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$42,877,014
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	16%

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
49582631	\$2,776,096	\$347,012	\$444,175	3	\$67,626	\$858,813

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
1. Prestar el servicio de médico especialista de medicina interna en la subred integrada de servicios de salud sur occidente e.s.e., el cual garantice realizar las actividades y procedimientos diagnósticos y terapéuticos señalados para el manejo de patologías establecidos dentro del plan integral de su especialidad.	Presté el servicio de medicina interna en la subred con las actividades establecidas dentro del plan integral de la especialidad	Registro en historia clínica
2. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de la historia clínica de los pacientes	Cumplí con las exigencias legales y éticas para el manejo de la historia clínica	Registro en historia clínica
3. Llevar registro de la atención de los procedimientos, actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Llevé el registro de la atención de las actividades e intervenciones	Registro en historia clínica
4. Participar en la programación de actividades del área.	Participo en la programación de actividades de mi área	participación asegúrate del mes cultura del reporte seguridad del paciente
5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	No hubo reporte de eventos	No hubo reporte de eventos
6. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.	Notifique las fallas de calidad e implemente acciones de mejora	Implementación plan de mejora para el servicio
7. Impartir instrucciones al equipo de salud sobre los procedimientos ordenados al paciente.	No aplica	No aplica
8. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.	Diligencí la historia clínica	Registro en Historia clínica
9. Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	no aplica	no aplica
10. Practicar el seguimiento y control a pacientes en los que se requiera su participación.	Seguimiento de los pacientes requeridos	Registro en historia clínica
11. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informe al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención	Registro en historia clínica
12. Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emití conceptos médicos	Registro en historia clínica
13. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Cumplí con las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Cumplimiento con las normas
14. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.	Elabore informe mensual de actividades para la certificación del cumplimiento del contrato	productividad 2.1, Informe mensual de actividades para la certificación del cumplimiento del contrato
15. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Respondí por los elementos entregados para el desempeño de las actividades	Responsabilidad de los elementos entregados
16. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convoca	Participo en la subred se conecta, asegúrate del mes reporte seguridad del paciente
17. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Di cumplimiento a los procedimientos establecidos por la subred	Registro en historia clínica
18. Apoyar a la Subred en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales.	Apoyé a la Subred en las actividades que demande según requerimientos	Apoyo en actividades
19. Registrar las actividades realizadas relacionadas con la prestación del servicio, de acuerdo con el sistema de información de la Subred.	Registre las actividades realizadas	Registro en historia clínica
20. Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	no aplica	no aplica
21. Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado	no aplica	no aplica
22. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Entregué la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.
23. Contribuir a la elaboración, revisión y actualización de guías, protocolos y procedimientos clínicos de su especialidad.	no aplica	no aplica
24. Garantizar el uso racional de medicamentos, dispositivos médicos e insumos, conforme a la normatividad vigente.	Garantice el uso racional de medicamentos, dispositivos médicos e insumos conforme a la normatividad	Uso racional de medicamentos, dispositivos médicos e insumos
25. Brindar apoyo técnico-científico al equipo interdisciplinario para la toma de decisiones clínicas complejas.	Brinde apoyo técnico científico requerido	Apoyo técnico científico
26. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realice las demás actividades asignadas	registro en la historia clínica

Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor











Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente

Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del **24/04/2026** se pueden volver a subir cuentas

RELACION DE CUENTAS 291476 Buscar

ID	CONTRATO	PERIODO	VALOR EJECUTADO	VALOR A PAGAR	% EJECUTADO	SALDO POR EJECUTAR	ESTADO	ACCIONES
29 14 76	1245	2026-02-01 / 2026-02-28	\$8,102,026	\$8,102,026	15.89	\$42,877,014	● APROBADA	 
28 76 09	689	2026-01-01 / 2026-01-31	\$143,131,204	\$6,940,241	96.18	\$5,678,379	● APROBADA	 
28 08 12	689	2025-12-01 / 2025-12-31	\$136,190,963	\$12,618,620	99.54	\$630,931	● APROBADA	 
27 60 21	689	2025-11-01 / 2025-11-30	\$123,572,343	\$11,987,689	99.49	\$630,931	● APROBADA	 
26							● APROBADA	 

Persona Natural
 Calle 70 # 96-85 apt 303 int 11, Bogotá D.C., Bogotá, Colombia
 Tel. 3187344682
 Email. caro22j@hotmail.com
 Autorización factura electrónica de venta No. 18764068934131 válida desde 2024-04-13 hasta 2026-04-13 rango desde FE1 hasta FE100.

Nombre o Razón: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Social: 900959048
NIT: 900959048
Dirección: Calle 9 No. 39 7 46, Bogotá, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611
Teléfono: 6013849160
Email: contactenos@subredsuoccidente.gov.co

Forma de Pago: Contado
Medio de Pago: Consignación bancaria
Total de Líneas: 1

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA: FE26
MONEDA: COP Colombia, Pesos
HORA EMISIÓN: 19:30:57-05:00
FECHA FIRMADO: 23/02/2026 19:30:58

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
23	02	2026	--	--	--

#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	CSE001	CONSULTA EXTERNA Consulta especializada de medicina interna Prestación de servicios como medico especialista en Medicina Interna, en el área de consulta especializada de medicina interna en CAPS Zona Franca, con un total de 89horas, cada una con valor de \$91.034, durante el periodo comprendido del 01 de Febrero al 23 de Febrero de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1245-2026	WSD	89,00	\$91.034,00				0,00	\$8.102.026,00

Notas:	Subtotal:	\$8.102.026,00
	Cargos:	\$0.00
	Descuento:	\$0.00
SON: (ocho millones ciento dos mil veintiseis pesos) CUFE: eb1486d4b29435804fbfbcf4664bc23a13452c8014e57c08385fca0b15456848ae846814ce20761d707d31de8c1640	Total:	\$8.102.026,00

compensar | miplanilla.com **PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES**

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						DATOS DE LA PLANILLA				
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	PLANILLA ZONIFICA	FECHA PRIMO APORTES (DIANES/SAIC)	FECHA PAGO (DIANES/SAIC)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS UPC
CC	1016016935	CAROLINA JIMENEZ RODRIGUEZ	Calle 71 A Bta No. 90-35, Torre 1 apartamento 407	4977802	carozzy@hotmail.com					1
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE ECURSEAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	PERIODO SALIR	PERIODO VENCIMIENTOS	TIPO PLANILLA	TOTAL A PAGAR
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO	2026-01	2026-01	1	4968261

TOTALES POR SUBSISTEMAS													
TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
EPSEHC	EPS Sura	86008703-2	347.100	0	No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor	0	300	0	347.400	1
TOTALES PENSION													
Código AFP	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte PSP - Satisfacción	Aporte PSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora PSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
25-14	Colombianos	26032604-7	444.200	0	0	0	0	1	300	0	444.500	1	

TOTALES RESGOS LABORALES													
Código ARL	Nombre	NT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-11	ARL SURA	86062196-0	67.700	No. Autorización	Valor	Sistemas	67.700	0	100	67.800	677	67.800	1

TOTALES CAJAS					
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte
CCF24	Compensar Caja	86009540-7	16.700	1	16.800

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
0	1	0	0	0
ICBF				
0	1	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA y Mora	Total a Pagar
Sisal	1	347.100	347.400
Parredes	1	444.200	444.500
Resgso Laborales	1	67.700	67.800
CCF	1	16.700	16.800
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	875.700	876.500