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:	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		
			2026-04-01		2026-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,915,836				
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	$15,566,814
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,915,836
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$35,412,226
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	31%

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
71900042	$1,019,581	$127,448	$163,133	3	$24,837	$315,418

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril 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

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
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 exigencia 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 clinica
4. Participar en la programación de actividades del área.	Participe en la programación de actividades de mi área	participación asegúrate del mes comite seguridad del paciente enero-marzo
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.	Diligencié 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 clinica
12. Emitir conceptos médicos que se le requieran.	Emití conceptos médicos	Registro en historia clinica
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, % eficiencia 100%, 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.	Respondi 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	Participe en la subred se conecta, asegurate del mescomite seguridad paciente enero-marzo
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 estableciddos por la subred	Registro en historia clinica
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 cientifico
26.Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato	Realice las demás actividades asignadas	registro en la historia clinica

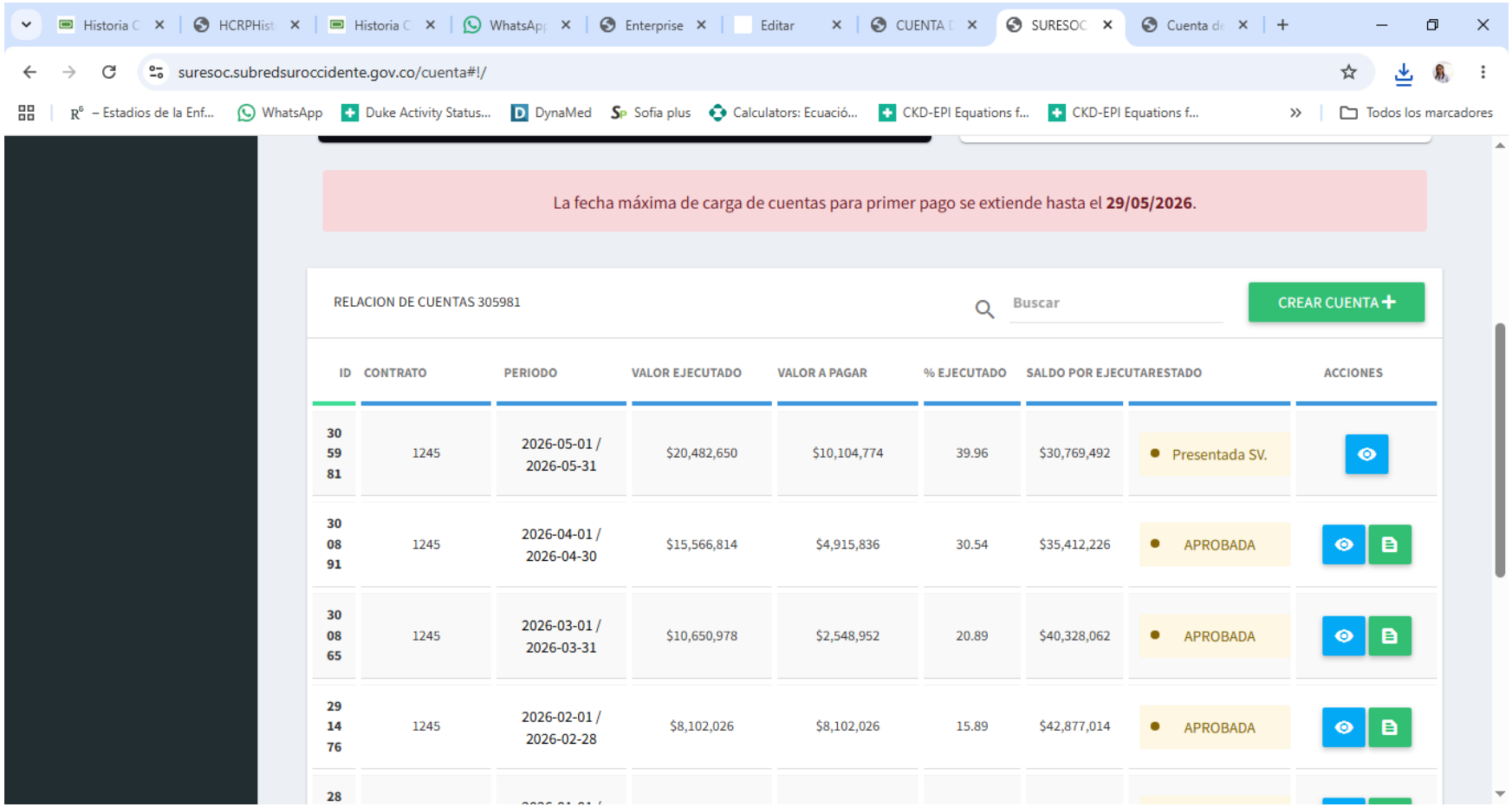
Copia Certificada Subred Suroccidente

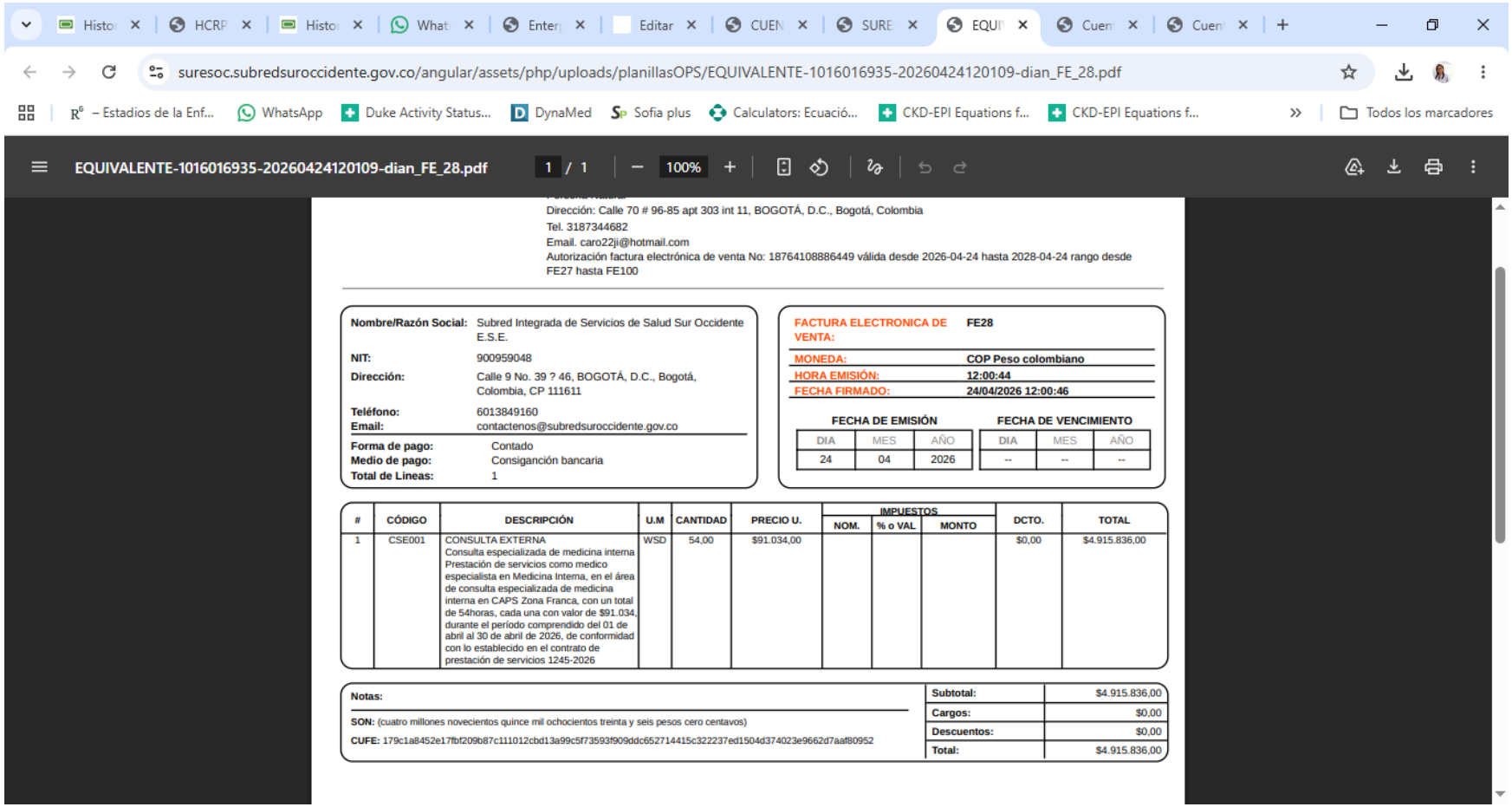
Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

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


suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el 29/05/2026.
RELACION DE CUENTAS 305981
Buscar
CREAR CUENTA +
ID CONTRATO PERIODO VALOR EJECUTADO VALOR A PAGAR % EJECUTADO SALDO POR EJECUTARESTADO ACCIONES
30 59 81 1245 2026-05-01 / 2026-05-31 $20,482,650 $10,104,774 39.96 $30,769,492 Presentada SV.
30 08 91 1245 2026-04-01 / 2026-04-30 $15,566,814 $4,915,836 30.54 $35,412,226 APROBADA
30 08 65 1245 2026-03-01 / 2026-03-31 $10,650,978 $2,548,952 20.89 $40,328,062 APROBADA
29 14 76 1245 2026-02-01 / 2026-02-28 $8,102,026 $8,102,026 15.89 $42,877,014 APROBADA



Dirección: Calle 70 # 96-85 apt 303 int 11, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3187344682
Email. caro22ji@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764108886449 válida desde 2026-04-24 hasta 2028-04-24 rango desde FE27 hasta FE100

Nombre/Razón Social: Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
NIT: 900959048
Dirección: Calle 9 No. 39 ? 46, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia, CP 111611
Teléfono: 6013849160
Email: contactenos@subredsuroccidente.gov.co
Forma de pago: Contado
Medio de pago: Consignación bancaria
Total de Lineas: 1

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA: **FE28**
MONEDA: **COP Peso colombiano**
HORA EMISIÓN: **12:00:44**
FECHA FIRMADO: **24/04/2026 12:00:46**

FECHA DE EMISIÓN			FECHA DE VENCIMIENTO		
DIA	MES	AÑO	DIA	MES	AÑO
24	04	2026	--	--	--

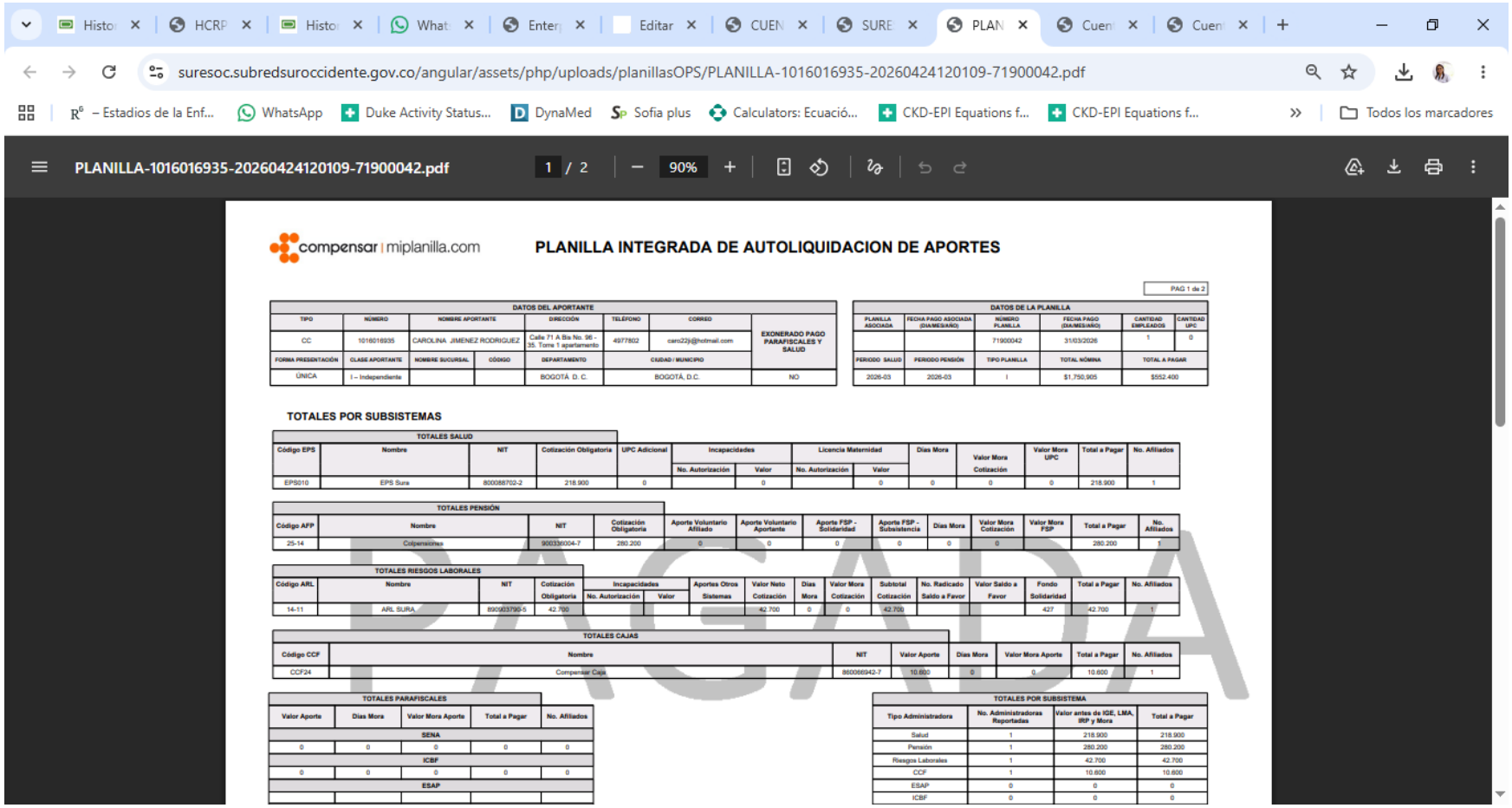
#	CÓDIGO	DESCRIPCIÓN	U.M	CANTIDAD	PRECIO U.	IMPUESTOS			DCTO.	TOTAL
						NOM.	% o VAL	MONTO		
1	CSE001	CONSULTA EXTERNA Consulta especializada de medicina interna Prestación de servicios como medico especialista en Medicina Interna, en el área de consulta especializada de medicina interna en CAPS Zona Franca, con un total de 54horas, cada una con valor de $91.034, durante el período comprendido del 01 de abril al 30 de abril de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1245-2026	WSD	54,00	$91.034,00				$0,00	$4.915.836,00

Notas:

SON: (cuatro millones novecientos quince mil ochocientos treinta y seis pesos cero centavos)

CUFE: 179c1a8452e17fbf209b87c111012cbd13a99c5f73593f909ddc65271415c322237ed1504d374023e9662d7aaf80952

Subtotal:	$4.915.836,00
Cargos:	$0,00
Descuentos:	$0,00
Total:	$4.915.836,00



suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/PLANILLA-1016016935-20260424120109-71900042.pdf

PLANILLA-1016016935-20260424120109-71900042.pdf 1 / 2 90%

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 1 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016016935	CAROLINA JIMENEZ RODRIGUEZ	Calle 71 A Bis No. 96 - 35. Torre 1 apartamento	4977802	caro22jjr@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		71900042	31/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$552.400	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	1

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				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0

PAGADA