| 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 | 1572 | FECHA | 2026-07-16 14:59:04.000 | NÚMERO DE CRP | 24079 | FECHA | 2026-07-31 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | 2026-08-01 | | 2026-08-31 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $10,286,842 | | | | | | |
| 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: | $57,624,522 |
| VALOR EJECUTADO | $55,166,604 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $10,286,842 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $2,457,918 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 96% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 94275200 | $4,223,978 | $527,997 | $675,836 | 3 | $102,896 | $1,306,730 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto 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 clínica |
| 4. Participar en la programación de actividades del área. | Participe en la programación de actividades de mi área | participacion asegurate del mes Buena practica de comunicación clínica |
| 5. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | reporte de eventos de notificacion | Informe de captacion de un paciente sintomatico respiratorio, no hubo reporte de sucesos de seguridad |
| 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 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 1.5, % eficiencia 76%, 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 |
| 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

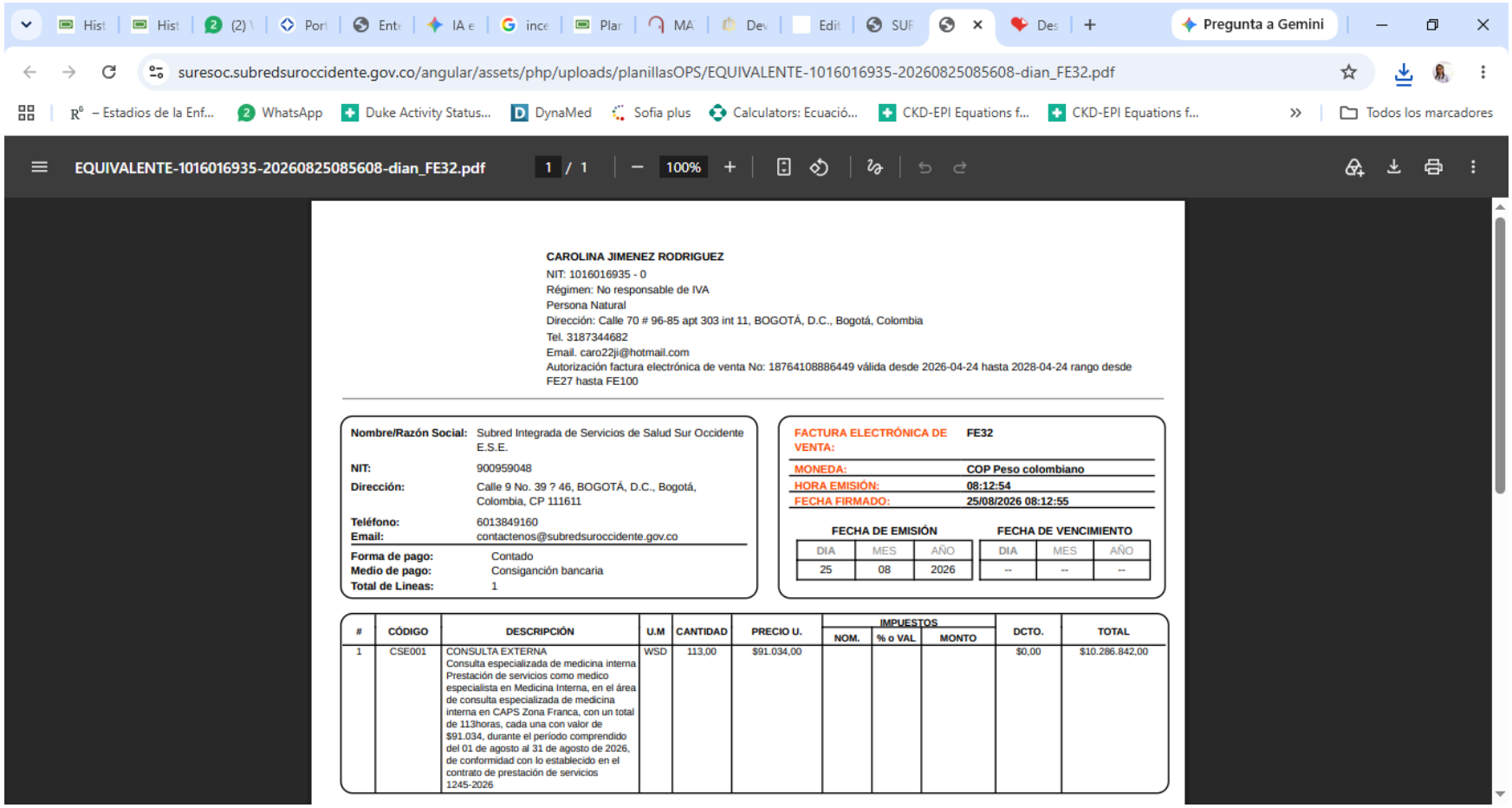
Liliana Castiblanco Mosos
52619353
Supervisor

---

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



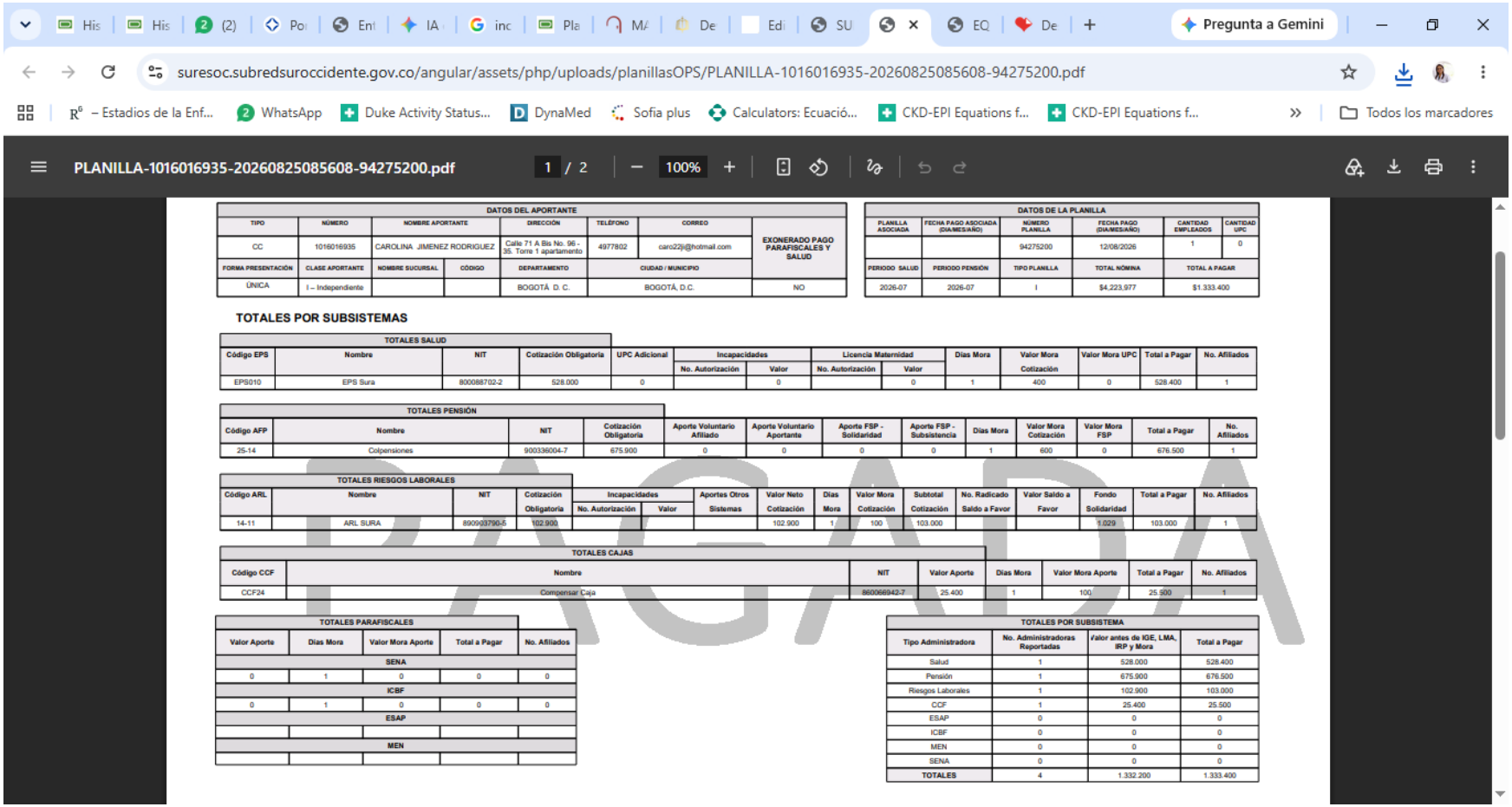

**CAROLINA JIMENEZ RODRIGUEZ**
NIT: 1016016935 - 0
Régimen: No responsable de IVA
Persona Natural
Dirección: Calle 70 # 96-85 apt 303 int 11, BOGOTÁ, D.C., Bogotá, Colombia
Tel. 3187344682
Email. caro22ji@hotmail.com
Autorización factura electrónica de venta No: 18764108886449 válida desde 2026-04-24 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 ELECTRÓNICA DE VENTA:** | **FE32** |
| **MONEDA:** | **COP Peso colombiano** |
| **HORA EMISIÓN:** | **08:12:54** |
| **FECHA FIRMADO:** | **25/08/2026 08:12:55** |

| FECHA DE EMISIÓN | | | FECHA DE VENCIMIENTO | | |
|---|---|---|---|---|---|
| DIA | MES | AÑO | DIA | MES | AÑO |
| 25 | 08 | 2026 | -- | -- | -- |

| # | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | U.M | CANTIDAD | PRECIO U. | IMPUESTOS | | | DCTO. | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | NOM. | % o VAL | MONTO | | |
| 1 | CSE001 | CONSULTA EXTERNA<br>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 113horas, cada una con valor de $91.034, durante el período comprendido del 01 de agosto al 31 de agosto de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios 1245-2026 | WSD | 113,00 | $91.034,00 | | | | $0,00 | $10.286.842,00 |



suresoc.subredsuroccidente.gov.co/angular/assets/php/uploads/planillasOPS/PLANILLA-1016016935-20260825085608-94275200.pdf

PLANILLA-1016016935-20260825085608-94275200.pdf 1 / 2 100%

| 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 | caro22jj@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 |
| | | 94275200 | 12/08/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-07 | 2026-07 | I | $4,223,977 | $1.333.400 | |

## 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 | 528.000 | 0 | | 0 | | 0 | 1 | 400 | 0 | 528.400 | 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 | 675.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 600 | 0 | 676.500 | 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 | 102.900 | | | | 102.900 | 1 | 100 | 103.000 | | | 1.029 | 103.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 25.400 | 1 | 100 | 25.500 | 1 |

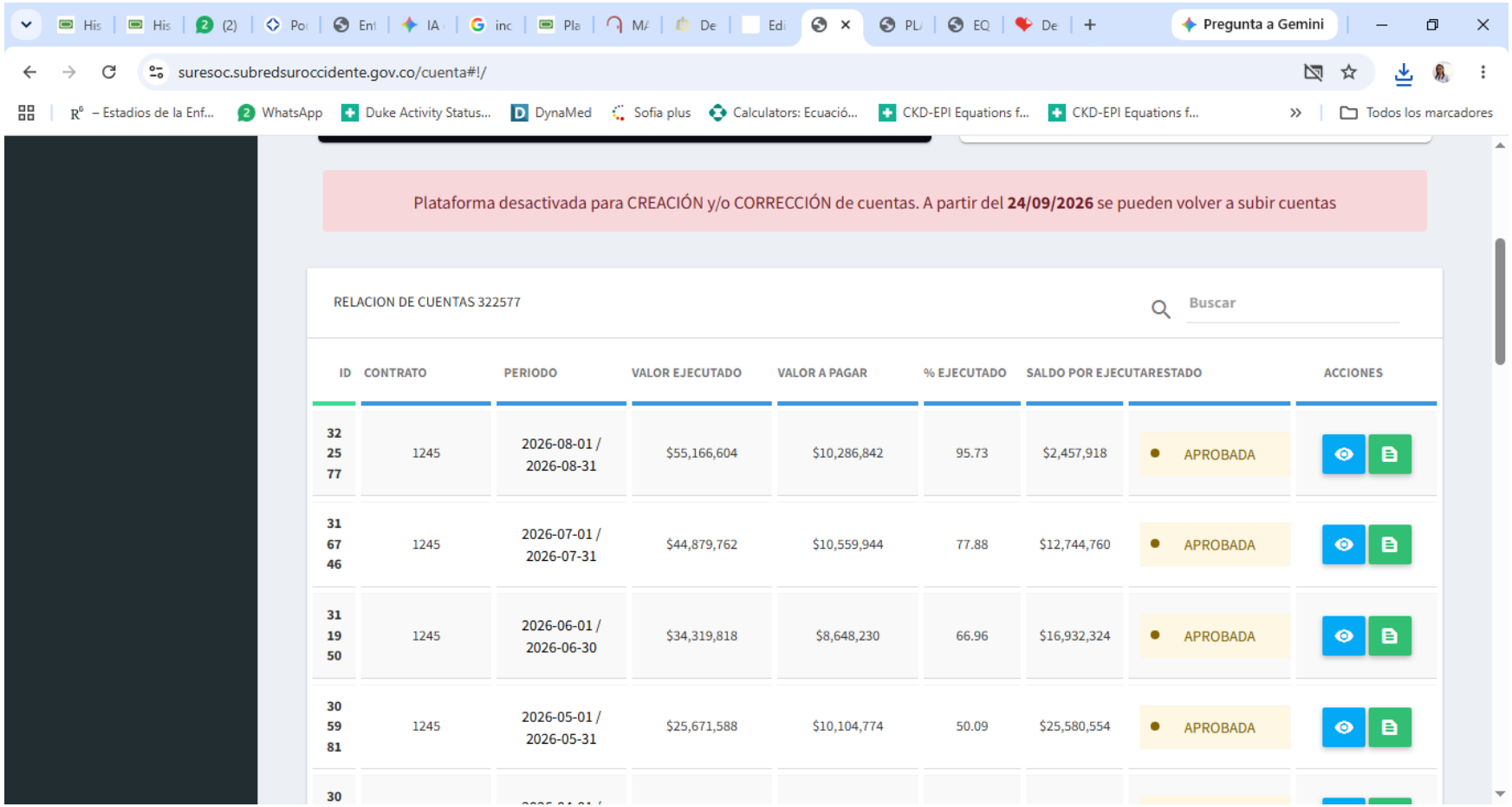
**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 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, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 528.000 | 528.400 |
| Pensión | 1 | 675.900 | 676.500 |
| Riesgos Laborales | 1 | 102.900 | 103.000 |
| CCF | 1 | 25.400 | 25.500 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 4 | 1.332.200 | 1.333.400 |

PAGADA


Pregunta a Gemini
suresoc.subredsuroccidente.gov.co/cuenta#!/
WhatsApp
Duke Activity Status...
DynaMed
Sofia plus
Calculators: Ecuació...
CKD-EPI Equations f...
CKD-EPI Equations f...
Todos los marcadores
Plataforma desactivada para CREACIÓN y/o CORRECCIÓN de cuentas. A partir del 24/09/2026 se pueden volver a subir cuentas
RELACION DE CUENTAS 322577
Buscar
ID CONTRATO PERIODO VALOR EJECUTADO VALOR A PAGAR % EJECUTADO SALDO POR EJECUTARESTADO ACCIONES
32 25 77 1245 2026-08-01 / 2026-08-31 $55,166,604 $10,286,842 95.73 $2,457,918 APROBADA
31 67 46 1245 2026-07-01 / 2026-07-31 $44,879,762 $10,559,944 77.88 $12,744,760 APROBADA
31 19 50 1245 2026-06-01 / 2026-06-30 $34,319,818 $8,648,230 66.96 $16,932,324 APROBADA
30 59 81 1245 2026-05-01 / 2026-05-31 $25,671,588 $10,104,774 50.09 $25,580,554 APROBADA
30