DOCUMENTO EQUIVALENTE N /2025

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

CINDY TATYANA CORTES ROMERO

C.C 1016037329 DE BOGOTA

La suma de 4´159.005 (cuatro millones ciento cincuenta y nueve mil cinco pesos Mcte), por concepto de: prestación de servicios como referente de terapia y rehabilitación en el área ambulatoria y fonoaudióloga en consulta externa de la Subred Sur Occidente. Durante el periodo del 1 de abril al 30 de abril de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 589 -2025

TatianaCortésR

CINDY TATYANA CORTÉS ROMERO

C.C.1016037329 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 7300773350

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	CINDY TATYANA CORTES ROMERO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1016037329
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-04-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-04-11
FECHA DE PAGO:	2025-04-11
ENTIDAD DE PAGO:	NEQUI
PERÍODO PENSIÓN:	2025-03
PERÍODO SALUD:	2025-03
NÚMERO PLANILLA:	33150327
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33150327
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.663.602	$ 0	$ 0	$ 500	$ 208.000	$ 208.500
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.663.602	$ 0	$ 0	$ 600	$ 266.200	$ 266.800
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.663.602	$ 0	$ 0	$ 100	$ 40.600	$ 40.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 1.200	$ 514.800	$ 516.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/05/2025

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:	Cindy Tatiana Cortés Romero						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1016037329	
CORREO ELECTRONICO:	tatianacortes0608@gmail.com				CELULAR:	4130827-3114493304	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL BOSA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	7300773350				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	589			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1181	FECHA	2025-05-19 10:22:01.000	NÚMERO DE CRP	27378	FECHA	2025-05-28 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-04-01		2025-04-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,159,005				
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo		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:	$16,636,000
VALOR EJECUTADO	$12,477,015
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,005
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,158,985
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	75%

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
33150327	$1,663,602	$207,950	$266,176	3	$40,525	$514,652

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Abril de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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
Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred, , generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad,	Planeación reunión de EAC de los servicios de terapia respiratoria y en los servicios de terapia física, fonoaudiologia, y terapia ocupacional.	Actas EAC de los servicios de terapias
Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor, proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios,	Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras	Seguimiento y respuesta a las PQR de los servicios de terapia.
Diseñar estrategias de Seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución, Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios	planteamiento de acciones de mejora para los casos de seguridad del paciente
elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor, apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras	Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor	Informe de gestión y seguimiento a indicadores del servicio de terapias.
asesorar y participar en los diferentes comités institucionales, apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio.	Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales, apoyar a la Dirección ySubgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales	Asistencia a las reuniones asiganadas y comites de analisis y seguimiento.
"velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento"	Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Dar seguimiento a los procedimientos implementados en los servicios de terapia.
conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos, cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato	Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato.	seguimiento a los planes de mejora institucional y Auditorias del servicio de terapias

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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