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:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018445046	
CORREO ELECTRONICO:	lj.pinedal11@gmail.com				CELULAR:	3134059271	
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:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62444137351				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	672			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1362	FECHA	2025-06-12 10:21:10.000	NÚMERO DE CRP	28126	FECHA	2025-06-24 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-02-15		2025-02-28		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				$356,340			
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:	$16,405,200
VALOR EJECUTADO	$4,101,300
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$356,340
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$12,303,900
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	25%

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
8382967986	$1,640,520	$205,065	$262,483	3	$39,963	$507,511

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero 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
Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Valorar integralmente los pacientes remitidos a rehabilitación integral y habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion	Registro en historia clinica - Registro de historias clinicas plataforma Sispro
Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio	Realizar el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica´- Registro de historias clinicas plataforma Sispro
Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes "	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica - Registro de historias clinicas plataforma Sispro
Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitacion/ rehabilitación del usuarioambulatorio u hospitalizado	Asistir y participar activamente en los espacios para actualización y fortalecimiento, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitacion/ rehabilitación del usuarioambulatorio u hospitalizado	Actas, Registro en historia clinica
Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso deabilitación /rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Consentimiento informado, Registro en historia clinica
Llevar registro de la atención de las 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	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios	informe cumplimiento de objetivos - informes de novedades SDS - informe de validador SDS
Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento de competencias como UAT, ULC, y otras reuniones.	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. "	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
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. "	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual y entrega de turno	REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion
Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica - Registro de historias clinicas plataforma Sispro
Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Realizar las intervenciones al usuario de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica
Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica - Socializacion de Proceso de certificacion familia y /o usuario
Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Asistir y participar activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento, análisis de protocolos	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades	Realizar reporte de eventos pór aplicativo y alider según las necesidades del servicio	REPOSTES Aplicacion de manual de calidad en la institucion
Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.	Asistir y participar activamente en los espacios para investigacion y fortalecimiento, análisis	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
Realizar supervicion de los contratos para los que sea designado	Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantia de la Calidad segun requerimientos de La Subred Sur Occidente	Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Aplicacion de manual de calidad en la institucion

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios	informe cumplimiento de objetivos - informes de novedades SDS - informe de validador SDS

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

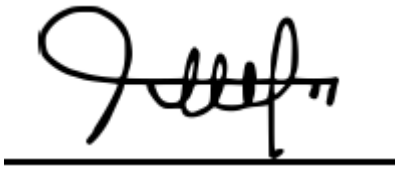
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C 1.018.445.046 DE BOGOTA

La suma de $356.340 M/CTE, por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 15al 28 de FEBRERO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 672 -2025



LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C.1.018.445.46 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62444137351

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEYDI JOHANA PINEDA LINARES
No. Identificación: CC1018445046
Dirección: AV KR 86 55 65 SUR TORRES PANORAMA TORRE 1 APT1507
Telefono: 4494803
Correo: LJ.PINEDAL11@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8382967986

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES
Tipo y número de identificación	CC1018445046
Número de planilla	8382967986
Fecha pago	2025-01-07
Número de autorización pago	32174815
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2024
Número de Administradoras	3
Total Pagado	463100
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	36500	1
230301	Porvenir	239500	1
EPS005	Sanitas EPS	187100	1

8382967986

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018445046
APELLIDOS Y NOMBRES: LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230301	1496628	1496628	1496628	0	187100	0	239500	0	36500	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información