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:	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA							
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52525059		
CORREO ELECTRONICO:	lindaangel79@hotmail.com				CELULAR:	6015710104		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	U C S Convenio 725-2024 USS 51 ZONA FRANCA				SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%						
	FO08V01-2	100						
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO			
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20761613463				PENSIONADO	NO		

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

NÚMERO DE CONTRATO	3979			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1114	FECHA	2025-05-12 16:05:32.000	NÚMERO DE CRP	25596	FECHA	2025-05-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA OCUPACIONAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-06-01		2025-06-30		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,159,000				
TIPO DE SERVICIOS	PIC	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:	$14,001,967
VALOR EJECUTADO	$9,704,333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$4,297,634
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	69%

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
86808502	$1,663,600	$207,950	$266,176	3	$40,525	$514,651

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

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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
Apoyar desde su perfil la implementación de los convenios y/o contratos 655-2024/764-2024/631-2024/725-2024/728-2024 suscritos con los Fondos de Desarrollo de las localidades: Bosa, Puente Aranda, Antonio Nariño y Fontibón.	REALIZAR LLAMADAS PARA CONCERTACION DE VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON. REALIZAR 60 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DEL CONVENIO 725 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	BASE DE DATOS INSCRITOS CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON. UBICADO EN DRIVE CONVENIO SEDE ALCALA 60 FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION
Apoyar los procesos de gestión y administrativo para dar cumplimiento a los planes de trabajo y compromisos derivados de convenios o contratos suscritos con los Fondos de Desarrollo de las localidades de Bosa y Fontibón, en los diferentes componentes.	REALIZAR 60 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DEL CONVENIO 725 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	60 FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional conforme a lo establecido por los Lineamientos con veracidad, calidad, oportunidad y transparencia, dar cumplimiento a las actividades y metas periódicas designadas en el plan de acción.	REALIZAR 60 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 725 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	60 FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION
Cumplir con los productos y actividades establecidas en lineamientos, fichas técnicas y anexos derivadas de los convenios y los contratos suscritos con las Fondos de desarrollo local y el Fondo Financiero	REALIZAR 60 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 725 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	60 FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION
Desarrollar y participar en los procesos de fortalecimiento técnico convocados por la Subred Sur Occidente y otras instituciones.	PARTICIPAR EN REUNION DE EQUIPO CONVERSATORIO	LISTADO DE ASISTENCIA 3 Y 27 DE JUNIO DE 2025
Asistir a las reuniones que convoque la SDS, la Subred Sur Occidente y/o los Fondos de Desarrollo Local relacionadas con el tema objetivo del Convenio.	PARTICIPAR EN REUNION DE EQUIPO	LISTADO DE ASISTENCIA 3 DE JUNIO DE 2025
Presentar a quien ejerce la vigilancia, orientación y control de la ejecución del convenio Interadministrativo cronograma de trabajo. Informes de avances respecto a la evolución, productos establecidos e informes finales	PRESENTAR LOS SOPORTES DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION CON LA RESPECTIVA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACION A LA FACILITADORA DEL PROCESO ACTUALIZAR CRONOGRAMA DIARIAMENTE	ACTA DE REVISION DE SOPORTES UBICADA EN ARCHIVO FISICO SEDE ALCALA CRONOGRAMA EN DRIVE CONVENIO 725 2024
.Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	NO SE IDENTIFICARON EVENTOS DE INTERES EN ESTE PERIODO	NO APLICA
Informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión.	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA
Realizar entrega de soportes, productos, documentos de manera periódica conforme a los acuerdos establecidos con el facilitador y velar por la custodia de los mismos.	PRESENTAR LOS SOPORTES DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION CON LA RESPECTIVA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACION A LA FACILITADORA DEL PROCESO	ACTA DE REVISION DE PRODUCTOS. ARCHIVO FISICO EN SEDE ALCALA
Realizar ajustes en informes, productos, fichas técnicas, planes de trabajo etc de manera oportuna cuando se requiera.	REALIZAR PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA	PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA EN DRIVE. ALCALA
Realizar entrega oportuna y con calidad de Informes requeridos.	BRINDAR INFORMACION PARA CONSTRUCCION DE INFORME MENSUAL	INFORME MENSUAL EN DRIVE SEDE ALCALA
Al finalizar el convenio o contrato entregar soportes y productos conforme a los procesos establecidos desde gestión documental	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS.	NO SE PROGRAMA PARA EL PRESENTE MES	NO APLICA
Y las demás que por la naturaleza del convenio Interadministrativo deben ejecutarse en cumplimiento de las obligaciones del mismo.	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA

Copia Controlada Subred Suroccidente

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
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 No. 3/2025

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

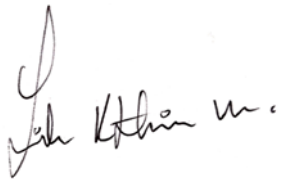
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA

C.C 52.525.059 DE BOGOTA

La suma de CUATRO MILLONES CIENTO CINCUENTA Y NUEVE MIL PESOS (4.159.000) por concepto de: prestación de servicios profesionales de Terapia Ocupacional en el área de Gestión del Riesgo en Salud de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. Durante el periodo de 1 al 30 de Junio de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3979 – 2025.



LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA

C.C.52525059 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20761613463

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA	KR 69 L # 64-74	6015710103	lindaangel79@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)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-05	2025-05	I	26/05/2025	86808502	$702.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	278.400	0		0		0	0	0	0	278.400	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	356.300	0	0	0	0	0	0		356.300	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	54.300				54.300	0	0	54.300			543	54.300	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	13.400	0	0	13.400	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				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	278.400	278.400
Pensión	1	356.300	356.300
Riesgos Laborales	1	54.300	54.300
CCF	1	13.400	13.400
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	702.400	702.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**		**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**
CC	52525059	LINDA KATHERINE VALDERRAMA MEDINA		KR 69 L # 64-74	6015710103	lindaangel79@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2025-05	2025-05	I	26/05/2025	86808502	$702.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	52525059	VALDERRAMA MEDINA LINDA KATHERINE	59	0			N																			25-14	2.226.715	356.300	0	0	0	0	EPS005	2.226.715	278.400	14-11	2.226.715	3	54.300	CCF24	2.226.715	13.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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