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	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34597	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,101,300				
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:	$24,964,140
VALOR EJECUTADO	$24,964,140
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,101,300
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	100%

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
8387694230	$1,640,520	$205,065	$262,483	3	$39,963	$507,511

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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 de Calidad de la Institución.	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.	
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	
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

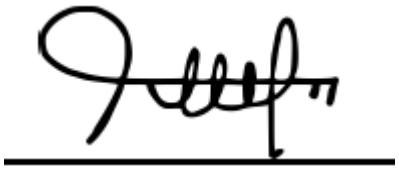
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C 1.018.445.046 DE BOGOTA

La suma de $4,101,300 M/CTE, por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 1 al 31 de JULIO de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 672 -2025



LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C.1.018.445.046 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62444137351

FORMULARIO ÚNICO

DECLARACION JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS Y ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Persona Natural

(LEY 190 DE 1995)

ENTIDAD RECEPTORA

Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Última Actualización: 16-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

IDENTIFICADO CON C.C. ⓧ **C.E.** ◯ **T.I.** ◯ **No.** 1018445046 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**

País Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.

Dirección AK 86 55 65 SUR TO torres panorama torre 1 **Teléfonos** 3134059271 4494803

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
CESAR ASDRUVAL PINEDA MARIN	79515273	Padre
SANDRA PATRICIA LINARES PRIETO	39656697	Madre

DECLARO, EN CUMPLIMIENTO DE LO DISPUESTO EN EL ARTICULO 122, INCISO 3°, DE LA CONSTITUCIÓN POLITICA DE COLOMBIA Y EN LOS ARTICULOS 13 Y 14 DE LA LEY 190 DE 1995,

PARA TOMAR POSESION ◯ PARA RETIRARME ◯ PARA ACTUALIZACION ⓧ

PARA MODIFICAR LOS DATOS CONSIGNADOS PREVIAMENTE ◯

QUE POSEO A LA FECHA, EN FORMA PERSONAL O POR INTERPUESTA PERSONA, SON LOS QUE RELACIONO A CONTINUACION:

a) Los ingresos y rentas que obtuve en el "último" año gravable fueron:

CONCEPTO	VALOR
SALARIOS Y DEMÁS INGRESOS LABORALES	$ 0,00
CESANTIAS E INTERESES DE CESANTIAS	$ 0,00
GASTOS DE REPRESENTACION	$ 0,00
ARRIENDOS	$ 0,00
HONORARIOS	$ 42.404.460,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 42.404.460,00

b) Las cuentas corrientes y de ahorro que poseo en Colombia y en el exterior son:

ENTIDAD FINANCIERA	TIPO DE CUENTA	NUMERO DE LA CUENTA	SEDE DE LA CUENTA	SALDO DE LA CUENTA
Bancolombia	Cuenta de ahorros	62444137351	SOACHA	$ 170.000,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Vehiculo	PUD40D	$ 5.000.000,00
Apartamento	AV KR 86 55 65 SUR TORRE 1 APARAMENYO	$ 100.000.000,00

d) Las acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

ENTIDAD O PERSONA	CONCEPTO	VALOR
CAJA SOCIAL	CREDITO HIPOTECARIO	$ 22.166.334,00
FEPASDE	libre inversion	$ 36.000.000,00

1.2 DE PARTICIPACION EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y ASOCIACIONES

a) En la actualidad participo como miembro de las siguientes juntas y consejos directivos:

ENTIDAD O INSTITUCION	CALIDAD DE MIEMBRO

b) A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

CORPORACION, SOCIEDAD O ASOCIACION	CALIDAD DE SOCIO

c) En la actualidad: **SI** ⓧ **NO** ◯ tengo sociedad conyugal o de hecho vigente, con:

NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DOCUMENTO	NÚMERO DOCUMENTO
CRISTIAN CAMILO CASTAÑEDA	**C.C** ⓧ **C.E** ◯ **T.I.** ◯	1012379541

2. ACTIVIDAD ECONOMICA PRIVADA

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma acasional o permanente son las siguientes:

DETALLE DE LAS ACTIVIDADES	FORMA DE PARTICIPACION

3. FIRMA

Firma electrónica:
LEYDI JOHANA PINEDA LINARES 16/07/2025 11:41:02

FIRMA DEL FUNCIONARIO O CONTRATISTA

BOGOTÁ D.C. 16-jul-2025

CIUDAD Y FECHA

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES
Identificación:	1018445046
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	Contratista
Correo:	lj.pinedal11@gmail.com
Tipo declaración:	Para actualizar durante la ejecución del contrato
Fecha Declaración:	16/07/25

El/la servidor/a público/a o colaborador/a, se compromete desde ya, a informar a la Administración Distrital, de los eventos o situaciones potenciales o reales que puedan llegar a ser constitutivas de conflicto de intereses, así como de actualizar esta declaración en el momento en que se presente alguna de las tipologías que dé lugar a la configuración de un conflicto de interés.

Lo anterior, en aras de resguardar el interés general propio de la función pública y que este no entré en conflicto con el interés particular, de acuerdo a lo contemplado en la Leyes: 2016 de 2020 - Código de Integridad del Servicio Público Colombiano, adoptado para el Distrito Capital mediante el Decreto Distrital 118 de 2018; 1952 de 2019, modificada por la Ley 2094 de 2021 - Código General Disciplinario; 1437 de 2011 - Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y 190 de 1995 - Estatuto Anticorrupción anterior a la Ley 1474 de 2011.

Para efectos del diligenciamiento: Para actualizar durante la ejecución del contrato

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

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: 8387694230

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	8387694230
Fecha pago	2025-07-09
Número de autorización pago	39536940
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	junio de 2025
Periodo de Cotización Pensión	junio de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	507600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
8387694230

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	40000	1
230301	Porvenir	262500	1
EPS005	Sanitas EPS	205100	1

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	1640600	1640600	1640600	0	205100	0	262500	0	40000	0

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

ARL

Medellin, 22 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LEIDY JOHANNA PINEDA LINARES** con documento de identidad **C1018445046**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2024-07-01	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	PRINCIPAL BOGOTA DC	0000000001	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar < Evalua

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

○ Porcentaje ○ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? ○ Sí ◉ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	FEBREO 2025..pdf (Archivado)	FEBREO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MARZO 2025.pdf (Archivado)	MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ABRIL 2025.pdf (Archivado)	ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MAYO 2025.pdf (Archivado)	MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EJECUCION MAYO 2025.pdf (Archivado)	EJECUCION MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EJECUCION JUNIO 2025.pdf (Archivado)	EJECUCION JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Febrero.pdf	Ejecucion Febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Marzo.pdf	Ejecucion Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Abril.pdf	Ejecucion Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Mayo.pdf	Ejecucion Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Junio.pdf	Ejecucion Junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar < Evaluación de la Entidad Estatal >