Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3
CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA	Fecha de aprobación	2/15/2018
	Código:	04-02-FO-0002

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Yohana paez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1024473588	
CORREO ELECTRONICO:	ypaez@iberoamericana.edu.co				CELULAR:	3046729891	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EQUIPO ATENCION EN CASA ASUNCION BOCHICA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46K33-5	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488419158339				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	9891			VIGENCIA		2024	
NÚMERO DE CDP	1608	FECHA	2025-08-11 09:13:36.000	NÚMERO DE CRP	34062	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	PROFESIONAL EN FISIOTERAPIA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-07-01		2025-07-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,127,093				
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:	$31,782,862
VALOR EJECUTADO	$31,670,872
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,127,093
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$111,990
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
33756778	$1,650,837	$206,355	$264,134	3	$40,214	$510,703

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Julio 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
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de los equipos extramurales, estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes	concertación de fechas de seguimiento de los usuarios del modelo de salud mas bienestar de manera presencial.	Firmas en actas reuniones de equipo asistencias técnicas diligenciamiento Aplicativo
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Sub Red Sur Occidente o las contempladas en el convenio asignado.	Realizar conexión reuniones virtuales y presenciales	Firma de actas reuniones de equipo asistencias técnicas
Desarrollar acciones de control social, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, atención, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	Participación jornadas, sensibilizar en temas específicos a los usuarios intervenido.	Diligenciamiento de drive,lin de citas capital salud, y comunicación eapb para citas pendientes, Formato activación de ruta, tamizajes
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, programadas por la Secretaria Distrital de Salud, por Dirección de Gestión del Riesgo, supervisora de contrato o subred	Asistencia a capacitaciones de manera presencial y link fortalecimiento virtual.	Firma de actas reuniones de equipo asistencias técnicas
Fortalecer grupos de veeduría ciudadana, organizaciones y redes comunitarias para impulsar los ejercicios participativos y la movilización social por el derecho a la salud.	Generar alerta al encontrar riesgos en salud o temas de interés, Educación brindada a grupos priorizados con apoyo de los perfiles afines, juegos motores y cognitivos, educación en variedad de temas, retroalimentar con los usuarios la educación brindada.	Firma de asistencia
Realizar entrega de productos, informes requeridos, bases de datos, cargue de historia clínica (si aplica), aplicativos de la Subred o de la SDS entre otros o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato, apoyo a la supervisión y/o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y/o programación de cada una de las líneas de intervención.	Asistir a la entrega de productos en las fechas establecidas, con la calidad y oportunidad.	Firma de asistencia
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la ESE, SDS o por entes de control, Elaborar y presentar cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación y hacer cumplimiento de los mismos.	cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación	Firma de acta Asistencia
Portar elementos de identificación de manera adecuada y constante en la ejecución de las acciones, Resguardar y dar un óptimo uso a los equipos y/o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio	Fechas establecidas entrega de soportes y auditorias Informar sobre el objetivo y periocidad del plan, estableciendo compromisos con el grupo familiar.	Fichas de caracterización social y ambiental, Diligenciamiento formato Seguimientos tableros Carnet, maleta, chaqueta.
Dar cumplimiento a la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	Calidad en los soportes físicos y magnéticos	Diligenciamiento formato Seguimientos - Drive Formato inicial, aplicativo, tamizajes.

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 controlada Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DESERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE

NIT:900.959.048-4

DEBE A:
YOHANAKATERINE PAEZ NIÑO CC

1024473588 De Bogotá

La suma cuatro millones ciento veintisiete mil noventa y tres Mcte ($4.127.093), por concepto de servicios como Fisioterapeuta- profesional, en el marco del convenio Equipos Básicos Extramurales, durante el periodo de 1 al 31 de julio de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 9891- 2024

Yohana Paez.

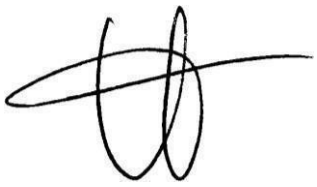
YOHANA KATERINEPAEZ NIÑO

C.C 1024473588 DE BOGOTA

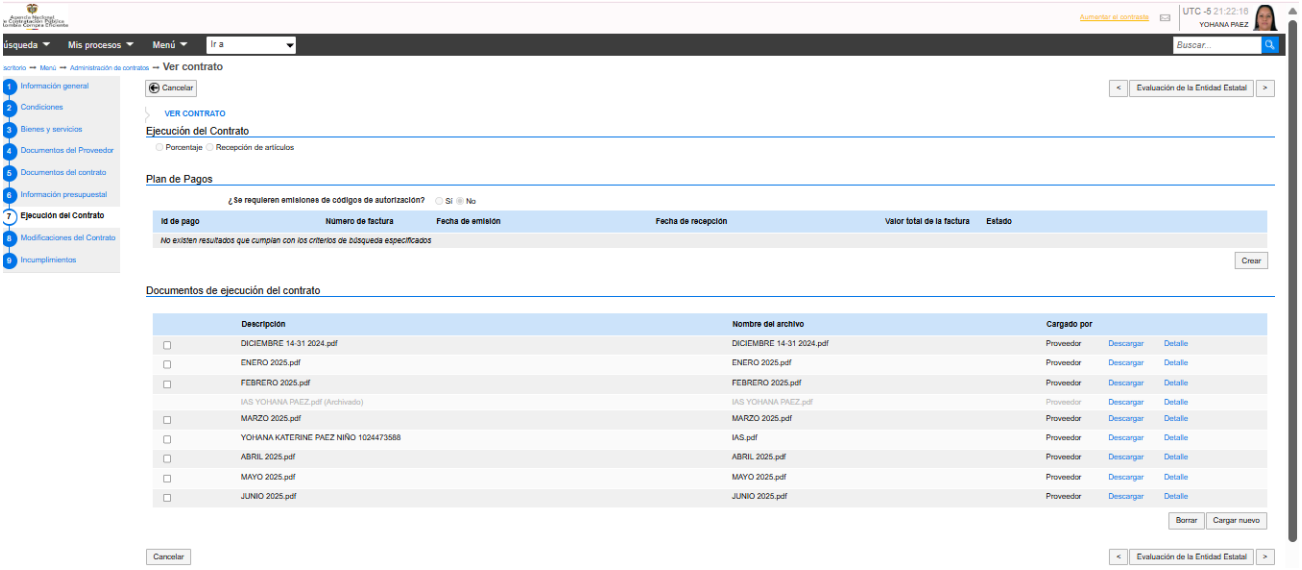
CUENTA DE AHORROS BANCO

DAVIVIENDA NUMERO 0550488419158339

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 1 al 31 de julio y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



YENNYCAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión EquiposBásicos extramurales



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.

Sideap 2.0

Última Actualización: 15-jul-2025

1. DECLARACION JURAMENTADA

1.1 DE BIENES Y RENTAS

YO, YOHANA KATERINE PAEZ NIÑO
IDENTIFICADO CON **C.C.** ⊗ **C.E.** ○ **T.I.** ○ **No.** 1024473588 **CON DOMICILIO PRINCIPAL EN:**
Pais Colombia **Departamento** Bogotá D.C. **Municipio** Bogotá D.C.
Dirección CL 65 D SUR 18 M 07 **Teléfonos** 3046729891 3046729891

Y TENIENDO COMO PARIENTES DE PRIMER GRADO DE CONSAGUINIDAD A:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
Adela Niño Garcia	51655789	Madre
Eileen Muñoz Paez	1027540506	Hijo(a)
Armando Paez Muñoz	79251095	Padre

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	$ 47.433.606,00
OTROS INGRESOS Y RENTAS	$ 0,00
TOTAL	$ 47.433.606,00

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
Banco Davivienda	Cuenta de ahorros	055048841915833 9	Tunal	$ 0,00

c) Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

TIPO DE BIEN	IDENTIFICACION DEL BIEN	VALOR
Casa	1024473588	$ 30.000.000,00
Vehiculo	1024473588	$ 4.000.000,00

FORMATO DE DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

DATOS PERSONALES

Nombre:	YOHANA KATERINE PAEZ NIÑO
Identificación:	1024473588
Entidad:	Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.
Cargo:	
Correo:	ypaez@iberoamericana.edu.co
Tipo declaración:	Para actualizar durante el ejercicio del cargo
Fecha Declaración:	15/07/25

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 el ejercicio del cargo

Para el efecto manifiesto bajo la gravedad del juramento:

ARL

Medellin, 25 de julio de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **YOHANA KATERIN PAEZ NIÑO** con documento de identidad **C1024473588**, 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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	YOHANA KATERINE PAEZ NIÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1024473588
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-07-12
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-07-21
FECHA DE PAGO:	2025-07-14
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-06
PERÍODO SALUD:	2025-06
NÚMERO PLANILLA:	33756778
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	33756778
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	$ 1.651.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 206.400	$ 206.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.651.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 264.200	$ 264.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	$ 1.651.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 40.300	$ 40.300
CCF21	860013570	CAFAM	1	$ 1.651.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 33.100	$ 33.100
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 544.000	$ 544.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/08/2025