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:	Lizeth Dayanna Bonilla Hernandez						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1000730864	
CORREO ELECTRONICO:	lizethbonilla2002@gmail.com				CELULAR:	3134840271	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU50M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	550488448154861				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	665			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1638	FECHA	2025-08-14 16:23:59.000	NÚMERO DE CRP	34590	FECHA	2025-08-15 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-08-01		2025-08-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$3,632,580				
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:	$29,060,640
VALOR EJECUTADO	$25,428,060
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,632,580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,632,580
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	88%

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
1074841413	$1,453,032	$181,629	$232,485	3	$35,396	$449,510

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Agosto de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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
1. Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales,neuropsicologicos, organo funcionales o geneticos	Informar De Manera Clara Al Usuario, Su Familia O Cuidador El Tratamiento O Plan De Intervención Que Debe Seguir, Al I1. inicio De Su Proceso De Habilitación/Rehabilitación Y Su Egreso.	Registro En Historia Clinica
2.Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes suceptibles de atencion en rehabilitacion, con el fin de rindar una atencion oportuna tendiente a evitar secuelas o instauracion de discapacidades 3	Realizar Un Análisis De Acuerdo A Las Necesidades De Los Usuarios Y Su Plan De Intervención Para Su Proceso De Habilitación/Rehabilitación	Registro En Historia Clinica
3.Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clinica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999	Realizar El Adecuado Y Correcto Diligenciamiento De Los Formatos De Las Historias Clínicas Del Servicio.	Registro En Historia Clinica
4.d.Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área	Realizar Un Informe Mensual Con Los Análisis Y Objetivos Previstos Del Servicio De Fisioterapia.	Actas , Registro En Historia Clinica
5.Realizar la referencia y contrarreferencia para continuar tratamiento cuando sea necesario, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud y de acuerdo con las normas que la regulan	Informar De Manera Clara Al Usuario, Su Familia O Cuidador El Tratamiento O Plan De Intervención	Consentimiento Informado, Registro En Historia Clinica
6.Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	Asistir Y Participar Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento, Conocer Y Plantear Nuevas Alternativas De Diagnóstico E IntAsistir Y Participar Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento, Conocer Y Plantear Nuevas Alternativas De Diagnóstico E Intervención De Los Usuarios.ervención De Los Usuarios.	Informe Cumplimientos De Objetivos
7.Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades fisicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicologicos,organo funcionales o genéticos	Realizar El Adecuado Y Correcto Diligenciamiento De Las Historias Clinicas Del Servicio	Actas, Listados De Asistencia
8.Todas las demas actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato	Reportar Los Eventos De Notificación Obligatoria, Aplicar Los Procesos, Subprocesos Y Procedimientos Definidos En El Manual De Calidad De La Institución	Reporte De Eventos, Notificación, Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución
9.Alimentar constantemente todos los sistemas deinformación que estan de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día	Brindar La Informacion Corespondiente A Paciente Y Familiar Sobre Su Condición De Salud Y Plan De Manejo.	Reporte De Eventos, Notificación, Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución
10.Demas actividades concernientes con de acuerdo a su perfil	Realizar Los Ejericicos y/o Actividades Que Nos Implementan De Autocontrol, Autoregulación Y Autogestión En Las Actividades Desarrolladas.	Registro En Historia Clinica
11. Uso adecuado del bata y carne según lineamiento institucional.Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quitate la Bata" en el contexto de seguirada del paciente.	Llevar a cabo los lineamientos de seguridad y salud en el trabajo para el paciente y/o profeisonal	Atenciòn y seguridad del paciente o usuarios de la unidad.
12. Asumir el 100% de la glosa generada por la firma interventora al determinar inconsistencias en soportes y o acciones de calidad, oportunidad o de otra índole en la que tenga responsabilidad el contratista	Realizar Los Ejericicos y/o Actividades Que Nos Implementan De Autocontrol, Autoregulación Y Autogestión En Las Actividades Desarrolladas	Registro En Historia Clinica
13. Colaborar conla unidad de servicios de salud donde se encuentre	Realizar apropiadamente las actividades con atenciòn al paciente	Atenciòn y seguridad del paciente o usuarios de la unidad.
14. En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato.	Llevar a cabo los protocolos Y Procedimientos Requeridos En El Servicio.	Reporte De Eventos, Notificación, Aplicación Del Manual De Calidad En La Institución.
15.participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado..	Participar Y Asistir Activamente De Los Procesos De Actualización Y Fortalecimiento UAT, ULC, ULG, Conversatorios Y Demás Reuniones.	Cumplimiento y seguimiento

Copia Controlada
Subred Suroccidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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

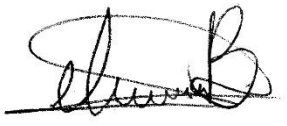
Copia Certificada
Subred Suroccidente

DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LIZETH DAYANNA BONILLA HERNANDEZ
C.C 1.000.730.864 DE BOGOTA

La suma de **$3,632,580** mda/ctem por concepto de prestación de servicios como FISIOTERAPEUTA profesional en el área de rehabilitación del CENTRO DE SALUD LA MEXICANA durante el periodo de **1 al 31 DE AGOSTO D E L 2025** de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 665-2025.
.



LIZETH DAYANNA BONILLA HERNANDEZ
C.C 1.000.730.864 DE BOGOTA
BANCO DAVIVIENDA
0550488448154861

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2025-08-12, 07:29:37 p. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1074841413

Periodo Cotización 202507 **Periodo Servicio** 202507

PAGADA 2025-08-12 19:28:56.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LIZETH DAYANNA BONILLA HERNANDEZ				
Documento	CC 1000730864	**Dirección**	CR 93 #62 - 41 CASA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	0000000		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1000730864						**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00	Residente		Exonerado	N	BONILLA HERNANDEZ LIZETH DAYANNA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																								**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF					**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0			$ 1.453.032	230201		16 %	$ 1.453.032	$ 232.500	$ 0	$ 0	EPS017		12,5 %	$ 1.453.032	$ 181.700	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.453.032	$ 35.400	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PROTECCION	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	FAMISANAR EPS	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 232.500	$ 0	$ 0	$ 181.700	$ 35.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 449.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ARL

Medellin, 25 de agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que **LIZETH DAYANNA BONILLA HERNANDEZ** con documento de identidad **C1000730864**, 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
2024-12-12	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	0000000003	3	2.436	EN COBERTURA



VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA