

					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			
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA								
NOMBRE DEL CONTRATISTA:			Luisa María López Anacona					
TIPO DE DOCUMENTO:			C.C	X	C.E	No.		1016084368
CORREO ELECTRONICO:			luizalopez20@gmail.com			CELULAR:		3132304391
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	%	Centro de costo	%				
	BO37M06	60	BO37M07	40				
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.				TIPO DE CUENTA:		AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA			24072631900			PENSIONADO		NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS								
NÚMERO DE CONTRATO		666			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000		NÚMERO DE CRP	39322	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:		FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE		FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL
					2025-09-01			
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:						\$3,632,580		
VALOR EJECUTADO						\$3,632,580		
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$3,632,580		
VALOR A LIBERAR						\$0		
SALDO POR EJECUTAR						\$0		
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN						100%		
El intervisor 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	
89739250	\$1,453,032	\$181,629		\$232,485	3	\$35,396	\$449,510	
Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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								

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.	Proceso de atención en Fisioterapia	Se realizó la atención integral de todos los pacientes programados durante el mes
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	Apertura de historia clínica, consulta de antecedentes, factores de riesgo y expectativas del paciente Promoción de hábitos saludables, incluida vacunación	Se realizó apertura de la historia clínica, consulta de antecedentes y factores de riesgo a todos los pacientes que asistieron a consulta Se realizó promoción de hábitos saludables (actividad física, sueño, alimentación, consumo de agua)
Garantizar la calidad de los servicios ofrecidos (idoneidad humana, moral y técnica) y desarrollar las obligaciones que se generen directa e indirectamente del objeto contractual.	Firma de consentimiento informado y resolución de dudas frente a las intervenciones Actuar con autonomía profesional Participar en el ECA del servicio de terapias y rehabilitación Participar en el ULC mensual	Todos los pacientes y sus familiares recibieron información clara y veraz frente a los procedimientos, cuando existieron dudas, estas fueron resueltas inmediatamente. Atención humanizada, centrada en el paciente y correcto ejercicio del proceso de atención Asistencia y participación en el encuentro en la fecha establecida Asistencia y participación al encuentro en la fecha establecida
Conocer y aplicar las políticas institucionales.	Conocer y aplicar políticas institucionales	Respuesta a las encuestas y actividades relacionadas a la valoración del conocimiento
Participar activamente en los procesos de acreditación, habilitación y sistema integrado de gestión que adelante la Subred, y apoyar estos procesos con la información y/o documentación que sea requerida, según el área a que corresponda.	Conocer actual proceso de acreditación Conocer los procesos de habilitación	Participación en el tren de la acreditación Participación de los procesos de habilitación
Pagar sus aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral durante la ejecución del presente contrato sobre los montos legales establecidos y dentro de los tiempos establecidos para tal fin.	Pago del aporte al Sistema General de Seguridad Social	Entrega de soportes para los fines pertinentes
Cumplir con la adherencia a las guías de manejo, manuales, instructivos, protocolos, procesos y procedimientos institucionales.	Consulta de guías de práctica clínica y protocolos de atención, dispuestas en Almera	Lectura de guías de manejo y protocolos necesarios para la intervención
Velar y responder por los recursos y adecuado funcionamiento de los equipos, documentos o bienes muebles entregados a título de préstamo para la ejecución de las actividades propias del objeto del presente contrato.	Usar adecuadamente los recursos de la Subred	Uso adecuado de los recursos físicos durante la toma del examen en el consultorio y la unidad
Asistir y aprobar los procesos de actualización presenciales y virtuales, Inducción y/o re-inducción, programados por el CONTRATANTE y por las entidades autorizadas por éste, con el fin de contribuir al desarrollo de las actividades y obligaciones contractuales.	Asistir y aprobar las actividades relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones	Asistir y aprobar las actividades relacionadas con el cumplimiento de las obligaciones
Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental y residuos hospitalarios, haciendo uso eficiente de los insumos puestos a su disposición, así como de los recursos de agua y energía y contribuir con el reciclaje.	Cumplimiento de las normas de gestión ambiental y manejo de residuos	Adecuado manejo de residuos dentro de la Unidad y el Hospital
Cumplir con los planes de emergencia Institucionales y normas del Sistema General de Riesgos Laborales procurando el cuidado integral de su salud, contando con los elementos de protección personal necesarios para ejecutar la actividad contratada e informando a la Subred Sur la ocurrencia de incidentes o accidentes durante la ejecución del contrato.	Conocer ruta de evacuación en caso de emergencia Reconocimiento de la instalaciones y sus respectivas ruta de emergencia	Reconocimiento de la instalaciones y sus respectivas ruta de emergencia Disposición de uso de elementos de protección personal según necesidad del servicio

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

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1016084368	LUIZA MARIA LOPEZ ANACONA		Calle 18 #104b- 70	3132304391	luizalopez20@gmail.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 (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	09/09/2025	89739250	\$478.700

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	181.700	0		0		0	0	0	0	181.700	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	232.500	0	0	0	0	0	0		232.500	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
CCF24	Compensar Caja				860066942-7	29.100	0
						0	
						29.100	

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	181.700	181.700
Pensión	1	232.500	232.500
Riesgos Laborales	1	35.400	35.400
CCF	1	29.100	29.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	478.700	478.700

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	09/09/2025	89739250	\$478.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES					PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extrajero	Column. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VAP	VAT	VUE	VMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cultura de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016084368	LOPEZ ANACONA LUISA MARIA	59	0			N																230201	1.453.032	232.500	0	0	0	0	EPS010	1.453.032	181.700	14-23	1.453.032	3	35.400	CCF24	1.453.032	29.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

NIT: 900.959.048- 4

DEBE A:

LUISA MARÍA LÓPEZ ANACONA

CC: 1016084368 DE BOGOTÁ

La suma de tres millones seiscientos treinta y dos mil quinientos ochenta pesos (\$3'632.580), por concepto de atención fisioterapéutica en el Hospital de Bosa durante el periodo del 1 al 30 de septiembre de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato

por prestación de servicios

N° 666-2025



LUISA MARÍA LÓPEZ ANACONA

CC: 1016084368 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO CAJA SOCIAL

N° 24072631900