Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	Versión	3	ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
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:	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	%	Centro de costo	%	Centro de costo	%					
	FO08V01-2	40	FO08V01-3	10	SU40V01-1	50					
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	1968	FECHA	2025-09-25 14:53:17.000	NÚMERO DE CRP	40123	FECHA	2025-09-29 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA OCUPACIONAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
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:	$22,319,967
VALOR EJECUTADO	$22,181,333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$138,634
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	99%

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
89402496	$1,663,600	$207,950	$266,176	3	$40,525	$514,651

Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre 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

DOCUMENTO EQUIVALENTE No. 6/2025

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

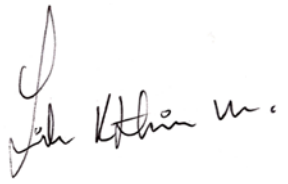
NIT: 900.959.048-4

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 Septiembre 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

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 28 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DEL CONVENIO 725- 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR 1 SESION DE ACTIVIDAD FISICA DE COMPONENTE IV CO INVERSION EN LA ESTRATEGIA TERRITORIAL EN SALUD CI 728-2024 DE FONTIBON REALIZAR CONVOCATORIA PARA VISITAS DE VULNERABILIDAD Y TALLERES COMPONENTE III ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AUTOCUIDADORES CIA 725 - 2024 FONTIBON REALIZAR 5 TALLERES COMPONENTE III ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AUTOCUIDADORES CIA 725- 2024 FONTIBON REALIZAR 40 SEGUIMIENTOS A CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DEL CIA 764-2024 DE LA LOCALIDAD DE PTE ARANDA REALIZAR RETOMAS Y REASIGNACIONES DE CAMAS HOSPITALARIAS DEL CI 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	28 FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION 1 FORMATO DE ACTA DE REUNION - 1 FICHA TECNICA - 1 LISTADO DE ASISTENCIA CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS O HUELLAS DE LOS ASISTENTES AL TALLER BASE DE DATOS CONVOCATORIA Y LISTA DE ESPERA DRIVE CONVENIOS 5 FORMATOS DE ACTA DE REUNION - 5 FICHAS TECNICAS - 5 LISTADO DE ASISTENCIA CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS O HUELLAS DE LOS ASISTENTES AL TALLER 40 FORMATOS DE SEGUIMIENTO CON EL RESPECYIVO REGISTRO FOTOGRAFICO FORMATOS DE RETOMA Y REASIGNACION DE DAPS
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.	PRESENTAR LOS SOPORTES DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION, TALLERES ACTIVIDAD FISICA Y CUIDADORES, SEGUIMIENTOS CON LA RESPECTIVA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACION A LA FACILITADORA DEL PROCESO ACTUALIZAR CRONOGRAMA DIARIAMENTE	FORMATOS DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS CRONOGRAMA EN DRIVE CONVENIO 725 Y 728 2024

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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 28 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DEL CONVENIO 725- 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR 1 SESION DE ACTIVIDAD FISICA DE COMPONENTE IV CO INVERSION EN LA ESTRATEGIA TERRITORIAL EN SALUD CI 728-2024 DE FONTIBON REALIZAR CONVOCATORIA PARA VISITAS DE VULNERABILIDAD Y TALLERES COMPONENTE III ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AUTOCUIDADORES CIA 725 - 2024 FONTIBON REALIZAR 5 TALLERES COMPONENTE III ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AUTOCUIDADORES CIA 725- 2024 FONTIBON REALIZAR 40 SEGUIMIENTOS A CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DEL CIA 764-2024 DE LA LOCALIDAD DE PTE ARANDA REALIZAR RETOMAS Y REASIGNACIONES DE CAMAS HOSPITALARIAS DEL CI 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON	28 FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION 1 FORMATO DE ACTA DE REUNION - 1 FICHA TECNICA - 1 LISTADO DE ASISTENCIA CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS O HUELLAS DE LOS ASISTENTES AL TALLER BASE DE DATOS CONVOCATORIA Y LISTA DE ESPERA DRIVE CONVENIOS 5 FORMATOS DE ACTA DE REUNION - 5 FICHAS TECNICAS - 5 LISTADO DE ASISTENCIA CON LAS RESPECTIVAS FIRMAS O HUELLAS DE LOS ASISTENTES AL TALLER 40 FORMATOS DE SEGUIMIENTO CON EL RESPECYIVO REGISTRO FOTOGRAFICO FORMATOS DE RETOMA Y REASIGNACION DE DAPS
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 LAS VISITAS DE VULNERABILIDAD, SEGUIMI9ENTOS Y TALLERES ACORDE AL LINEAMIENTO TECNICO Y FICHAS TECNICAS	FICHAS TECNICAS Y FORMATOS DE VULNERABILIDAD, PRESCRIPCION, SEGUIMIENTO, FICHAS TECNICAS, ACTAS Y LISTADOS DE ASISTENCIAS
Desarrollar y participar en los procesos de fortalecimiento técnico convocados por la Subred Sur Occidente y otras instituciones.	PARTICIPAR EN CURSO DE PROVISIONAMIENTO DE SILLAS DE RUEDAS BRINDADO POR EL SENA	CERTIFICACION CURSO
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 MENSUAL DE EQUIPO	LISTADO DE ASISTENCIA
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, TALLERES ACTIVIDAD FISICA Y CUIDADORES, SEGUIMIENTOS CON LA RESPECTIVA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACION A LA FACILITADORA DEL PROCESO Y ANTE EL APOYO A LA SUPERVSION	ACTAS DE REVISION Y COMITES
.Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	SE BRINDA INFORMACION SOBRE LAS RUTAS DE ATENCION	FORMATOS DE VULNERABILIDAD
Informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SE VERIFICA ESTADO DE ASEGURAMIENTO	FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y LISTADO DE ASISTENCIA
Facilitar los procesos de veeduría ciudadana y participación social, con el fin de fortalecer la gestión.	SE ACTUALIZA EL CRONOGRAMA DE TRABAJO EN DRIVE PARA FACILITAR QUE LA VEEDURIA CIUDADANA PUEDA ACOMPAÑAR EL PROCESO	CRONOGRAMA DE TRABAJO UBICADO EN DRIVE
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.	ENTREGA PERIODICA DE LOS SOPORTES	ACTA DE REVISION POR PARTE DE LAS FACILOTADORAS DEL PROCESO
Realizar ajustes en informes, productos, fichas técnicas, planes de trabajo etc de manera oportuna cuando se requiera.	REALIZAR PLAN DE TRABAJO, DILIGENCIAR TABLERO DE CONTROL MENSUAL, CRONOGRAMA, ELABORAR LAS FICHAS TECNICAS DE ACUERDO A LAS TEMATICAS A ABORDAR	TABLERO DE CONTROL MENSUAL, CRONOGRAMA,FICHAS TECNICAS
Realizar entrega oportuna y con calidad de Informes requeridos.	MANTENER ACTUALIZADO CUADRO DE CONTROL MENSUAL DE ACTIVIDADES POR CONVENIO.	TABLERO DE CONNTROL - DRIVE CONVENIOS
Al finalizar el convenio o contrato entregar soportes y productos conforme a los procesos establecidos desde gestión documental	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA PARA ESTE MES

Copia Controlada Subred Sur Occidente

Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS.	PARTICIPAR EN CURSO DE PROVISIONAMIENTO DE SILLAS DE RUEDAS BRINDADO POR EL SENA	CERTIFICADO CURSO SENA
Y las demás que por la naturaleza del convenio Interadministrativo deben ejecutarse en cumplimiento de las obligaciones del mismo.	NO APLICA PARA ESTE MES	NO APLICA PARA ESTE MES

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

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 j 63 c 80	6015710103	lindaangel79@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89402496	$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 j 63 c 80	6015710103	lindaangel79@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	10/09/2025	89402496	$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