DOCUMENTO EQUIVALENTE FACTURA

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

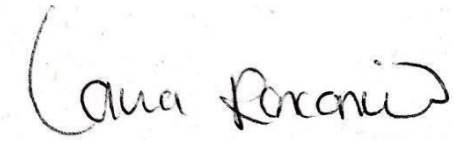
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

Laura Nathalia Roncancio Maldonado

C.C 1.030.669.530 De Bogotá

La suma de Tres millones seiscientos treinta y dos mil quinientos ochenta mda/ctem (3.632.580), por concepto de: prestación de servicios como profesional en el área de rehabilitación Fisioterapeuta de la unidad de Villa Javier durante el periodo de 01 al 30 de SEPTIEMBRE de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 673-2025.



Laura Nathalia Roncancio Maldonado

C.C.1.030.669.530 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 456000092563

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:	LAURA NATHALIA RONCANCIO MALDONADO						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1030669530	
CORREO ELECTRONICO:	laurisnrm@hotmail.com				CELULAR:	3164309686	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN USS VILLA JAVIER				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA35M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	456000092563				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	673			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	1862	FECHA	2025-09-17 10:34:18.000	NÚMERO DE CRP	39329	FECHA	2025-09-26 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-09-01		2025-09-30		
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:	$32,693,220
VALOR EJECUTADO	$29,060,640
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$3,632,580
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$3,632,580
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	89%

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
89051290	$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.

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos.	Se realiza valoración e intervención física a cada paciente que viene por primera vez para trata patología osteomuscular o neurológica	Se realiza valoraciones de primera vez a pacientes de terapia fisica con el fin de evaluar y diagnosticar de acuerdo a la patología de cada paciente, se realiza cada media hora la atención. Se adjunta agenda de primeras veces.
Detectar de manera temprana las personas con alteraciones temporales o permanentes susceptibles de atención en rehabilitación, con el fin de brindar una atención oportuna tendiente a evitar secuelas o instauración de discapacidades.	De acuerdo a la evaluación se puede detectar correctamente las alteraciones y brindar tratamiento	Se brinda atención adecuada de intervención fisioterapéutica de acuerdo a la cantidad de pacientes del mes de SEPTIEMBRE del 1 al 30 con un total de pacientes atendidos de 125. Se adjunta base de pacientes vistos durante el mes
Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.	Diligenciar historia clínica correspondiente con cada paciente valoración osteomuscular y evolución diaria	Se realiza correcto diligenciamiento de historias clínicas de forma oportuna y completa en el sistema de Dinámica Web cumpliendo con la resolución 1995 de 1999. Se anexa Base de total de consultas realizadas.
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	Se realiza diligenciamiento de los informes de gestión mensual	Se realiza reporte de autocontrol de acuerdo a las atenciones prestadas durante el mes. Se anexa base de autocontrol por cumplimiento
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.	Se brinda indicaciones a cada uno de los pacientes de como seguir con su tratamiento a que servicio de acudir	No se realiza referencia y contrarreferencia en el mes presente.
Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución.	Se cumplen con cada una de las normas, procedimiento para brindar la mejor atención al paciente, teniendo en cuenta los manuales establecidos por la institución	se realizaen el mes proceso de auditoria del servicio.
Evaluar, diagnosticar y brindar tratamientos de rehabilitación a niños y adultos con disfuncionalidades físicas e identificar los riesgos que se generan como consecuencia de factores ambientales, neuropsicológicos, órgano funcionales o genéticos.	Se identifican cada uno de los riesgo de los niños y adultos que acuden a consulta	Se identifican cada uno de los riesgo y se brinda adecuado tratamiento de acuerdo al diagnostico de los niños y adultos que acuden a consulta
Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato.	Se ejecutan correctamente cada una de las actividades otorgadas por el supervisor de la unidad	se realiza las actividades pertinentes para alcanzar metas contractuales en el área de servicio asignado. Se anexa demanda inducida de citologia
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día.	Se tiene en cuenta cada uno de lo sistemas de información y se diligencia correctamente	se garantiza la información y la gestión documental de los soportes que se generan en las actividades
Demas actividades concernientes con de acuerdo a su perfil.	Se realiza cada una de las actividades de acuerdo a mi perfil como Fisioterapeuta	Ver producto de la obligación 8
Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además utilizar los mismos aplicativos de mesa de ayuda, almera y reporte de suceso de seguridad.	Se hace uso de las plataformas como almera, mesa de ayuda y reportes de suceso de seguridad en el área de terapia física	se hace uso de mesa de ayuda para reportes de equipos biomédicos, estudio de guías, protocolos, se reporta en mesa de ayuda daños que se presenten en el área, se reportan todos los sucesos de seguridad presentados durante la atención en terapia física. Ver anexo de reporte por mesa de ayuda.
Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente con su debido registro, en el consultorio asignado, de igual manera garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos o nombres de otras instituciones) en consulta y hacer uso del carnet institucional	Realizar el proceso de limpieza y desinfección entre paciente y paciente con su debido registro, en el consultorio asignado, de igual manera garantizar el uso de la bata blanca (sin escudos o nombres de otras instituciones) en consulta y hacer uso del carnet institucional	Se realiza el diligenciamiento de la carpeta de limpieza y desinfección uso adecuadamente la bata
Revisar y notificar al líder el estado de las agendas concertadas de servicios, adherencia al manual de agendas institucionales (no manipulación de agendas)	Se entrega Mensualmente Agendas mes a mes	Se revisa con anterioridad Agenda programada del servicio y se notifica novedades
Asumir 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.	Se asume la Glosa Generada si se presentan inconsistencias	No se han presentando Glosas durante el mes
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato.	Con cualquier suceso ocurrido le indico al supervisor y siempre esta enterado de cualquier situación presentada en el servicio	Correcta comunicación con el supervisor, se asiste sin faltar ningún día durante el mes de SEPTIEMBRE

Copia Certificada Subred Sur Occidente

Participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	Asistir de acuerdo a las capacitaciones asignadas, mensuales o bimestral	Cumplí con la asistencia a la mesa primaria de rehabilitación en el mes de SEPTIEMBRE, Ver Anexo de Actas de reuniones

IBET JUSSEFF MORA MURCIA
52973584
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

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El aportante **LAURA NATHALIA RONCANCIO MALDONADO**, identificado con **CC** número **1030669530**, aportó por **LAURA NATHALIA RONCANCIO MALDONADO**, identificado(a) con **CC** número **1030669530** en su condición a la fecha como tipo de cotizante **59 - Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante la Planilla Integrada de Liquidación de Aportes, para los periodos comprendidos en pensión **2025-09** y salud **2025-09** de la siguiente manera:

CODIGO	NOMBRE DE ADMINISTRADORA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO PARAFISCALES Y SALUD
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones															0		30	$1.453.032	$0	$0	Septiembre - 2025	89895126	08/10/2025	N
14-11	ARL SURA															0		30	$1.453.032	$0	$0	Septiembre - 2025	89895126	08/10/2025	N
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar															0		30	$1.453.032	$0	$0	Septiembre - 2025	89895126	08/10/2025	N
EPS005	Sanitas EPS															0		30	$1.453.032	$0	$0	Septiembre - 2025	89895126	08/10/2025	N

PAGADA

El presente certificado se expide a los 8 días del mes Octubre de 2025

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013684780	PAULA ALEJANDRA NOPE RODRIGUEZ	CRA 78N bis sur #53 - 19	3203374101	paulanope@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	09/10/2025	90407580	$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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	35.400				35.400	0	0	35.400			354	35.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	29.100	0	0	29.100	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	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

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013684780	PAULA ALEJANDRA NOPE RODRIGUEZ		CRA 78N bis sur #53 - 19	3203374101	paulanope@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
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	
2025-09	2025-09	I	09/10/2025	90407580	$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	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	1013684780	NOPE RODRIGUEZ PAULA ALEJANDRA	57	0			N																	230201	1.453.032	232.500	0	0	0	0	EPS005	1.453.032	181.700	14-11	1.453.032	3	35.400	CCF24	1.453.032	29.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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