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:	INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	52909970	
CORREO ELECTRONICO:	lunalunita1728@hotmail.com				CELULAR:	7560505	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	OTRAS TERAPIAS DELICIAS				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	PA15M07	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	20394354792				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	1007			VIGENCIA	2025		
NÚMERO DE CDP	2156	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	47770	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO I						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL			
		2025-10-01		2025-10-31			
VALOR HONORARIOS MENSUALES:	$2,867,014						
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:	$25,803,126
VALOR EJECUTADO	$25,803,126
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$2,867,014
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$0
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
9492530614	$1,146,806	$143,351	$183,489	3	$27,936	$354,776

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

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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. Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuti-cas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.	Se hace valoración para determinar las condiciones en la que el paciente ingresa, se establece plan de tratamiento y se realizan actividades individuales y grupales	Actas, historia clinica manual inicial
2. Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las acti-vidades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitaliza-do y de acuerdo a las características del servicio	Se realizan actividades individuales y grupales	actas
3. Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes	Se hace registro en el formato de asistencia	registro en planilla de asistencia y actas de estudios de caso
4. Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilita-ción/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado.	Se participa en estudios de caso y reuniones de equipo interdisciplinario.	actas
5. Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de in-tervención o su egreso	Se socializa plan de intervencion al usuario y su familia,se dan indicaciones terapeuticas o plan casero durante el proceso y al egreso	registro de planilla
6. Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mante-ner actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación	Se registra en historia clinica las evoluciones, se hacen actas y se realizan informes cuando se requiere.	Registro en planilla,actas,informes
7. Participar en la programación de las actividades de la Subred.	Se participa en diversas actividades que programa la subred	Actas, videos, fotos
8. Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Se dligencian los formatos de notificación que se requieren.	Formatos de notificación
9. Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servi-cio.	Se notifica en los formatos y se participa en reuniones en los casos en los que se requiere.	Actas, formatos, reporte en pagina de seguridad el paciente
10. Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.	Se dan indicaciones de manejo según protocolos y guias de la subred. Se proponen estrategias de manejo en reuniones de equipo.	Protocolos y guias de la subred Actas
11. Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de elegibilidad, oportunidad e integralidad.	Se diligencia la historia clínica manual y demàs formatos que se requieran según los criterios y procedimientos de la subred.	Historia clínica, formatos e instrumentos
12. Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.	Se hace valoración para determinar las condiciones en la que el paciente ingresa, se establece plan de tratamiento y se realizan actividades individuales y grupales	actas
13. Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.	Se socializa plan de intervención al usuario y su familia,se dan indicaciones terapeuticas o plan casero durante el proceso y al egreso	plan de entrenamiento de acuerdo a su patologia
14. Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio	Se participa en la actualización y construcción de protocolos, guías de manejo y procedimientos según se requiere.	Guías de manejo,protocolos
15. Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabili-tación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.	Se reportan las dificultades que surgen y se realiza listado de materiales e insumos que se solicitan	Aplicativos, formatos,lista de materiales
16. Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.	Se registra en actas y demàs formatos que se requieran según los criterios y procedimientos de la subred.	actas, formatos e instrumentos
17. Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Se investigan y analizan actividades, documentos y tratamientos que sirvan de soporte técnico a las intervenciones	actas de capacitacion
18. Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Cali-dad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.	Se promueve el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Subred.	Actas de participación
19. Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregar-las al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato	Se entregan los informes pertinentes cuando se requiere	Informes
20. Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asig-nadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Se utilizan los elementos requeridos procurando su correcto uso y cuidado.	Equipos de computo, telefónicos, equipos de gimnasio
21. Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Se participa en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.	Actas de participación

Copia Certificada
Subred Suroccidente

22. Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.	Se siguen los procedimientos establecidos por la Subred para la ejecución de las funciones.	Actas de cumpimento a protocolos, guias y procedimientos de la subred.
23. Realizar eventos deportivos con los usuarios de la unidad	Se realiza actividades grupales y/o individuales según se requiera	actas, planilla de asistencia
24. Realizar, organizar y coordinar actividades de Educación Experiencial: Juegos Educativos que fortalezcan las capacidades grupales y de autoconfianza, cine foros, videojuegos, teatro, baile, y demás actividades	Se realiza actividades de acuerdo a lapatologia del usuario de forma individual o grupal	actas, planilla de asistencia
25. Realizar y fomentar actividades educativas entorno al autocuidado, hábitos saludables a la salud ambiental: Agricultura Urbana, higiene personal, promoción y prevención	Se realiza actividades de forma individual y grupal según necesidad	actas, planilla de asistencia
26. Realizar seguimiento a los usuarios asistentes del centro e inasistentes.	Se realiza llamada para el seguimiento y se le informa al equipo interdisciplinario.	acta
27. Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.	Se entrega mensualmente la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales.	Planilla de pago de aportes
28. Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.	Se realizan las demas actividades asignadas por la lider.	Actas y soportes que se requieran

David Eduardo Peñuela Jiménez
1018420569
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 A FACTURA

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON

C.C 52.909.970 DE BOGOTA

La suma de dos millones ochocientos sesenta y siete mil catorce pesos m/c $ 2.867.014, por concepto de: prestación de servicios como Educadora Física en las Unidad de Servicios de Salud Nuevas Delicias durante el periodo de 01 al 31 de octubre del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 1007-2025.

INGRID BAUTISTA

INGRID PAOLA BAUTISTA RONDON

C.C 52.909.970 DE BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 20394354792

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52909970		BAUTISTA RONDON INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL D # 13 52 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2786448	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1817585018	9492530614	I	2025/10/17	2025/10/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC 52909970	BAUTISTA INGRID	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52909970		BAUTISTA RONDON INGRID PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL D # 13 52 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2786448	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-09	1817585018	9492530614	I	2025/10/17	2025/10/01	BANCO CAJA SOCIAL	0	$440,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$440,500	$0	$0	$440,500