

					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:				Yohana paez					
TIPO DE DOCUMENTO:				C.C	X	C.E	No.	1024473588	
CORREO ELECTRONICO:				ypaez@iberoamericana.edu.co			CELULAR:	3046729891	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED					
UBICACIÓN DEL SERVICIO:				EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA			SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%							
	SU46V07-15	100							
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A				TIPO DE CUENTA:		AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA				550488419158339				PENSIONADO	NO
INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS									
NÚMERO DE CONTRATO		5888			VIGENCIA		2025		
NÚMERO DE CDP	2142	FECHA	2025-11-05 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	50002	FECHA	2025-11-10 00:00:00.000		
OBJETO DEL CONTRATO:		Profesional Universitario 2							
PERIODO CERTIFICADO:			DESDE	FECHA INICIAL		HASTA	FECHA FINAL		
				2025-10-05			2025-10-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$4,195,200					
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:						\$4,195,200			
VALOR EJECUTADO						\$4,195,200			
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA						\$4,195,200			
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			
34664360	\$1,650,837	\$206,355	\$264,134	3	\$40,214	\$510,703			
Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre 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									

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil profesional, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.	concertación de fechas de seguimiento de los usuarios del modelo de salud más bienestar de manera presencial y telefónica.	Firmas en actas reuniones de equipo asistencias técnicas diligenciamiento Aplicativo
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios	Realizar conexión reuniones virtuales y presenciales	Firma de actas reuniones de equipo asistencias técnicas
Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y/o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada	Participación jornadas, sensibilizar en temas específicos a los usuarios intervenidos.	Diligenciamiento de drive, comunicación eapb para citas pendientes, Formato activación de ruta, tamizajes
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaría Distrital de Salud o por la Subred.	Asistencia a capacitaciones de manera presencial y link fortalecimiento virtual	Firma de actas reuniones de equipo asistencias técnicas
Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.	seguimiento de los usuarios del modelo de salud más bienestar de manera presencial y telefónica, entrega de soportes en las fechas establecidas.	Diligenciamiento de los soportes, cronograma mensual de actividades e informes de gestión y/o desarrollo del proceso según programación, drive de hallazgos
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas	entrega de productos en las fechas establecidas, con la calidad y oportunidad.	Diligenciamiento formato de Seguimientos PRESENCIAS Y base GTAPS-SDS
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales, Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio, Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y/o informes requeridos durante la ejecución del convenio	Informar sobre el objetivo y periodicidad del plan, estableciendo compromisos con el grupo familiar.	Carnet, maleta, chaqueta,
El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente	información DE documentos desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos.	Diligenciamiento formato Seguimientos - Drive Formato inicial, aplicativo, tamizajes.
Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo	calidad en los soportes físicos ,magnéticos jornadas de participación comunitaria.	diligenciamiento formato seguimientos - drive formato inicial, aplicativo, tamizajes, firma de actas

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

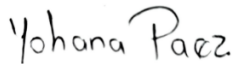
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

YOHANA KATERINE PAEZ NIÑO

CC: 1024473588 de Bogotá

La suma de: CUATRO MILLONES CIENTO NOVENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. (\$ 4.195.200), por concepto de servicios como Fisioterapeuta- profesional, en el marco del convenio Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 5 al 31 de OCTUBRE de 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 5888-2025**



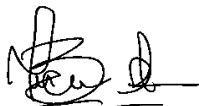
Yohana Katherine Páez Niño

C.C. 1024473588 de Bogotá

CUENTA DE AHORROS BANCO

DAVIVIENDA NUMERO 0550488419158339

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 5 al 31 de OCTUBRE 2025 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



Yorleny Beltrán Cangrejo

Líder Operativa

Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión



YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA

Apoyo a la supervisión

**Equipos Mas Bienestar en tu
Hogar**

Escritorio

Menú

Administración de contratos

Ver contrato

1

Información general

2

Condiciones

3

Bienes y servicios

4

5

6

7

8

9

Cancelar

Evaluación de la Entidad Estatal

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje

Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?

Si

No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados					

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Descripción		Nombre del archivo	Cargado por		
☐	DICIEMBRE 14-31 2024 .pdf	DICIEMBRE 14-31 2024 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ENERO 2025 .pdf	ENERO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	FEBRERO 2025 .pdf	FEBRERO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	IAS YOHANA PAEZ .pdf (Archivado)	IAS YOHANA PAEZ .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MARZO 2025 .pdf	MARZO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	YOHANA KATERINE PAEZ NIÑO 1024473588	IAS .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	ABRIL 2025 .pdf	ABRIL 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	MAYO 2025 .pdf	MAYO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JUNIO 2025 .pdf	JUNIO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	JULIO 2025 .pdf	JULIO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	AGOSTO 2025 .pdf	AGOSTO 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	SEPTIEMBRE 2025 .pdf	SEPTIEMBRE 2025 .pdf	Proveedor	Descargar	Detalle



RAZÓN SOCIAL :	YOHANA KATERINE PAEZ NIÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1024473588
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-10-08
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-22
FECHA DE PAGO:	2025-10-08
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34664360
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34664360
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	\$ 1.651.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 206.400	\$ 206.400
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	\$ 1.651.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 264.200	\$ 264.200
14-11	890903790	ARL SURA	1	\$ 1.651.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 40.300	\$ 40.300
CCF21	860013570	CAFAM	1	\$ 1.651.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 33.100	\$ 33.100
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 544.000	\$ 544.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/11/2025
----------------------------------	------------