Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.	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

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

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	%					
	FO08V01-2	100					
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	2305	FECHA	2025-11-25 11:40:19.000	NÚMERO DE CRP	55962	FECHA	2025-11-30 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	TERAPEUTA OCUPACIONAL						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2025-12-01		2025-12-31		
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:	$34,796,967
VALOR EJECUTADO	$34,658,333
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,159,000
VALOR A LIBERAR	$0
SALDO POR EJECUTAR	$138,634
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
91412722	$1,663,600	$207,950	$266,176	3	$40,525	$514,651

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Diciembre 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

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 LLAMADAS PARA CONCERTACION DE ENTREGAS DOMICILIARIAS DE DISPOSITIVOS, SEGUIMIENTO A DAPS DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON.	FORMATOS DE ENTREGA: CARTAS DE INTENCION Y ENTRENAMIENTO DEL CONVENIO INTERADMINISTRATIVO 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON. UBICADO EN DRIVE CONVENIO SEDE ALCALA
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.	REALIZAR VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DEL CONVENIO 725 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR VERIFICACION DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL Y AYUDAS TECNICAS DEL CI 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR TALLERES DE ENTRENAMIENTO Y ENTREGAS DOMICILIARIAS DE DISPOSITIVOS - CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DEL CIA 725-2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR RETOMA Y REASIGNACION DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DE VIGENCIAS ANTERIORES CI 725 - 2024 REALIZAR SEGUIMIENTOS A CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL CIA 725-2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR ENTREGA DE 100 KIT DE AUTOCUIDADO, COMPONENTE III ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AUTOCUIDADORES CIA 725 LOCALIDAD FONTIBON REALIZAR ENTREGA DE 36 KIT DE ACTIVIDAD FISICA Y AUTOCUIDADO, COMPONENTE IV - COINVERSION EN LA ESTRATEGIA TERRITORIAL EN SALUD CIA 728 LOCALIDAD FONTIBON	FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION ACTAS DE VERIFICACION DE DAPS CON EL PROVEEDOR FORMATOS DE CARTAS DE INTENCION Y ENTRENAMIENTO FORMATOS DE RETOMA Y REASIGNACION FORMATOS DE SEGUIMIENTO CIA 725 DE 2024 ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO DE ENTREGA DE KITS A LOS CUIDADORES Y CUIDADORAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO DE ENTREGA DE KITS EN LOS HOGARES GERIATRICOS - ACTIVIDAD FISICA

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 VISITAS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION DE CONVENIO INTERADMINISTRATIVO DEL CONVENIO 725 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR VERIFICACION DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL Y AYUDAS TECNICAS DEL CI 725 DE 2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR TALLERES DE ENTRENAMIENTO Y ENTREGAS DOMICILIARIAS DE DISPOSITIVOS - CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DEL CIA 725-2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR RETOMA Y REASIGNACION DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DE VIGENCIAS ANTERIORES CI 725 - 2024 REALIZAR SEGUIMIENTOS A CONVENIO DE OTORGAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL CIA 725-2024 DE LA LOCALIDAD DE FONTIBON REALIZAR ENTREGA DE 100 KIT DE AUTOCUIDADO, COMPONENTE III ACCIONES COMPLEMENTARIAS EN SALUD PARA CUIDADORES Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD - AUTOCUIDADORES CIA 725 LOCALIDAD FONTIBON REALIZAR ENTREGA DE 36 KIT DE ACTIVIDAD FISICA Y AUTOCUIDADO, COMPONENTE IV - COINVERSION EN LA ESTRATEGIA TERRITORIAL EN SALUD CIA 728 LOCALIDAD FONTIBON	FORMATOS DE VULNERABILIDAD Y PRESCRIPCION ACTAS DE VERIFICACION DE DAPS CON EL PROVEEDOR FORMATOS DE CARTAS DE INTENCION Y ENTRENAMIENTO FORMATOS DE RETOMA Y REASIGNACION FORMATOS DE SEGUIMIENTO CIA 725 DE 2024 ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO DE ENTREGA DE KITS A LOS CUIDADORES Y CUIDADORAS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA Y REGISTRO FOTOGRAFICO DE ENTREGA DE KITS EN LOS HOGARES GERIATRICOS - ACTIVIDAD FISICA
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 A CABALIDAD LAS VISITAS DE VULNERABILIDAD, PRESCRIPCION DE DAPS CI 725-2024, REALIZAR VISITAS DE SEGUIMIENTO DE CI 725-2024, REALIZAR ENTREGA DE KIT DE ACTIVIDAD FISICA EN HOGARES GERIATRICOS, ENTREGA DE KITS DE AUTOCUIDADO A CUIDADORAS DE PESONAS CON DISCAPACIDAD	FORMATOS DE VULNERABILIDAD, PRESCRIPCION, SEGUIMIENTOS, ACTAS, LISTADOS DE ASISTENCIA, REGISTRO FOTOGRAFICO
Desarrollar y participar en los procesos de fortalecimiento técnico convocados por la Subred Sur Occidente y otras instituciones.	ASISTIR A MESA DISTRITAL DE DAPS CITADA POR AL SECRETARIA DE SALUD	ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
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.	ASISTIR A MESA DISTRITAL DE DAPS CITADA POR AL SECRETARIA DE SALUD	ACTA Y 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 LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON LA RESPECTIVA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACION A LAS FACILITADORAS DEL PROCESO	FORMATOS EN FISICO Y ESCANEADOS EN DRIVE
.Notificar todos los eventos de interés en salud pública.	EN COMITÉ DE APROBACION SE SOCIALIZAN LOS CASOS QUE REQUIEREN DE UNA ARTICULACION INTERSECTORIAL ACORDE A LA NECESIDAD	ACTA DE COMITÉ
Informar a los individuos, familias y colectivos sobre sus deberes y derechos respecto a la seguridad social en salud.	SE INFORMA A LOS USUARIOS ACERCA DE LOS PROYECTOS SOCIALES Y RUTAS DE ACCESO	FORMATOS DE VULNERABILIDAD CONVENIO 725 DE 2024
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

Copia Controlada Subred Sur Occidente

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.	PRESENTAR LOS SOPORTES DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS CON LA RESPECTIVA CALIDAD Y VERACIDAD DE LA INFORMACION A LAS FACILITADORAS DEL PROCESO	FORMATOS EN FISICO Y ESCANEADOS EN DRIVE
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.	BRINDAR INFORMACION PARA CONSTRUCCION DE INFORME MENSUAL, TENER ACTUALIZADO CUADRO DE CONTROL MENSUAL	BRINDAR INFORMACION PARA CONSTRUCCION DE INFORME MENSUAL, TENER ACTUALIZADO CUADRO DE CONTROL MENSUAL
Al finalizar el convenio o contrato entregar soportes y productos conforme a los procesos establecidos desde gestión documental	NO APLICA PARA ESTE PERIODO	NO APLICA
Asistir a las asistencias técnicas convocadas por la Sub Red Sur Occidente como de la SDS.	ASISTIR A MESA DISTRITAL DE DAPS CITADA POR AL SECRETARIA DE SALUD	ACTA Y LISTADO DE ASISTENCIA
Y las demás que por la naturaleza del convenio Interadministrativo deben ejecutarse en cumplimiento de las obligaciones del mismo.	APOYAR ENTREGA Y ENTRENAMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ASISTENCIA PERSONAL DAPS LOCALIDAD ANTONIO NARIÑO	REGISTRO FOTOGRAFICO

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. 9/2025

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

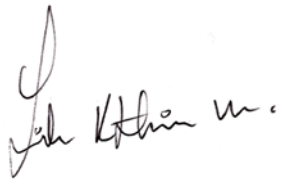
NIT: 900.959.048-4

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 31 de diciembre 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

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	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	
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	
2025-11	2025-11	I	12/11/2025	91412722	$524.800	

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	208.000	0		0		0	0	0	0	208.000	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	266.200	0	0	0	0	0	0		266.200	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	40.600				40.600	0	0	40.600			406	40.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.000	0	0	10.000	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	208.000	208.000
Pensión	1	266.200	266.200
Riesgos Laborales	1	40.600	40.600
CCF	1	10.000	10.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	524.800	524.800

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	
2025-11	2025-11	I	12/11/2025	91412722	$524.800	

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	Estornudo	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	1.663.600	266.200	0	0	0	0	EPS005	1.663.600	208.000	14-11	1.663.600	3	40.600	CCF24	1.663.600	10.000	0	0	0	0	0

PAGADA

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