

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión 3

Fecha de aprobación 2/15/2018

Código: 04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:		ROXANA STEPHANIE MIRANDA FERNANDEZ					
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1031155100		
CORREO ELECTRONICO:	roxmirandaf@gmail.com			CELULAR:	3232295559		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:		A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN HOSPITAL BOSA		SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	BO37M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO DAVIVIENDA S.A			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA		550488453133354			PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO		4563		VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	1736	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL	
				2025-12-01		2025-12-31	
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:	\$23,689,890
VALOR EJECUTADO	\$3,632,580
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$3,632,580
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$20,057,310
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	15%

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
91565431	\$1,453,032	\$181,629	\$232,485	3	\$35,396	\$449,510

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

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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
Realizar la Consulta Externa de fisioterapia según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera	Se realiza la Consulta Externa de fisioterapia según la agenda programada con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera	Se entregan consentimientos informados, valoraciones y evoluciones de control.
Participar en consulta interdisciplinar del proceso de certificación en discapacidad con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera.	Participa en consulta interdisciplinar del proceso de certificación en discapacidad con oportunidad y calidez, de acuerdo a los tiempos establecidos en las instalaciones de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. y/o donde el supervisor del contrato lo requiera	Se entrega productividad y actas de asistencia a los procesos de discapacidad.
Asistir y participar activamente en los espacios de actualización y/o fortalecimiento del proceso de certificación de discapacidad	Asiste y participa activamente en los espacios de actualización y/o fortalecimiento del proceso de certificación de discapacidad	Actas de asistencia y participación a los espacios de actualización y fortalecimiento.
Elaborar las historias clínicas y demás registros clínicos de forma oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	Elabora las historias clínicas y demás registros clínicos de forma oportuna y completa de acuerdo con la normatividad vigente	Entrega de historias clínicas de acuerdo a la normatividad vigente
Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas.	Realiza el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas	Realizar listas de chequeo de las actividades desarrolladas
Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	Formula y ejecuta las acciones preventivas y/o correctivas y los planes de mejoramiento a que haya lugar en el desarrollo de sus actividades.	Realizar matriz de cumplimiento para las acciones correctivas y planes de mejora
Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Se realizan las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales, en el área o servicio asignado	Realizar lista de productividad para evidenciar el cumplimiento de las metas
Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Crear reportes de los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.	Entrega de reportes de los eventos de notificación obligatoria
Aplicar lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Realizar la aplicación de lineamientos, normas, guías y protocolos que garanticen la adecuada prestación del servicio.	Lista de chequeo sobre la aplicación de lineamientos, normas, guías y protocolos
Reportar oportunamente las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu también puedes salvar vidas"	Realizar el reporte oportunamente de las anomalías de la prestación del servicio en la aplicación sucesos de seguridad "tu también puedes salvar vidas"	Entrega de reporte de los sucesos de seguridad "tu también puedes salvar vidas"
Presentar informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas.	Realizar los informes periódicos sobre el desarrollo de sus actividades a las instancias pertinentes de acuerdo a las actividades encomendadas	Entrega de informes periódicos del desarrollo de actividades
Garantizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Realizar la custodia de la información y la gestión documental de los soportes que se generen durante las actividades realizadas.	Entrega de reportes de gestión documental.
Revisar y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Realizar el reporte y notificar oportunamente al líder o supervisor el estado de las agendas de servicios programados.	Listas de chequeo del estado de las agendas de los servicios programados
Diligenciar el consentimiento informado acorde al procedimiento.	Realizar el diligenciamiento del consentimiento informado acorde al procedimiento	Entrega de consentimientos informados
Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred.	Realizar el apoyo para el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred	Actas de asistencia.
Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.	Proteger los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato	Acta de entrega y buen uso de los elementos entregados para el desempeño de actividades.
Participación en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Participar en las investigaciones que se adelanten en la Subred que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios	Acta de asistencia a las investigaciones.

Adjuntar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc	Cargar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente en la cuenta de cobro aplicativo Suresoc	Constancia de afiliación y pago al sistema de seguridad social en Colombia.
En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta, informar al supervisor del contrato	Informar al supervisor en caso de fuerza mayor que impida asistir a cumplir las obligaciones.	Constancia de informe al supervisor.
Uso adecuado de la bata y carnet según lineamiento Institucional, incluye el cumplimiento de la estrategia "Quitate la bata" en el contexto de seguridad del paciente.	Realizar el uso adecuado de la bata y el carnet institucional	Control del uso adecuado de la bata y el carnet.
Realizar las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato.	Se realizan las demás actividades que le sean asignadas acorde con el objeto del contrato	Informe de actividades asignadas.

MICHAEL DAVID GOMEZ REYES
1012392576
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

ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ
C.C 1.031.155.100 DE BOGOTA

La suma de \$3.632.580 M/CTE, por concepto de: Prestar servicios asistenciales como Fisioterapeuta durante el periodo de 1 al 31 de ENERO de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 4563 -2025



ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ
C.C.1.031.155.100 DE BOGOTÁ
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO 0550488453133354

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ
No. Identificación: CC1031155100
Dirección: TRANSVERSAL 13 BIS N 46-42 SUR
Telefono: 7607921
Correo: roxmirandaf@gmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392463720

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1031155100	Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Número de planilla	8392463720	Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Fecha pago	2026-01-06	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	93209568	Total Pagado	441000
Banco	1023	Total Intereses de Mora	500

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34800	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228000	1
EPS008	Compensar EPS	178200	1

TIPO DOC.: CC
 NO. DOCUMENTO: 1031155100
 APELLIDOS Y NOMBRES: ROXANA STEFHANIE MIRANDA FERNANDEZ

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	34700	0