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

Señor(a): LEYDI JOHANA PINEDA LINARES
No. Identificación: CC1018445046
Dirección: AV KR 86 55 65 SUR TORRES PANORAMA TORRE 1 APT1507
Telefono: 4494803
Correo: LJ.PINEDAL11@GMAIL.COM
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8392675907

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES
Tipo y número de identificación	CC1018445046
Número de planilla	8392675907
Fecha pago	2026-01-05
Número de autorización pago	42164511
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	diciembre de 2025
Periodo de Cotización Pensión	diciembre de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	507600
Total Intereses de Mora	0

PAGADA

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	40000	1
230301	Porvenir	262500	1
EPS005	Sanitas EPS	205100	1

8392675907

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1018445046
APELLIDOS Y NOMBRES: LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

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
EPS005	230301	1640600	1640600	1640600	0	205100	0	262500	0	40000	0

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar

< Evaluac

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí 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		
	FEBRERO 2025.pdf (Archivado)	FEBRERO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	FEBREO 2025..pdf (Archivado)	FEBREO 2025..pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MARZO 2025.pdf (Archivado)	MARZO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	ABRIL 2025.pdf (Archivado)	ABRIL 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	MAYO 2025.pdf (Archivado)	MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EJECUCION MAYO 2025.pdf (Archivado)	EJECUCION MAYO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
	EJECUCION JUNIO 2025.pdf (Archivado)	EJECUCION JUNIO 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Febrero.pdf	Ejecucion Febrero.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Marzo.pdf	Ejecucion Marzo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Abril.pdf	Ejecucion Abril.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Mayo.pdf	Ejecucion Mayo.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Junio.pdf	Ejecucion Junio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Julio.pdf	Ejecucion Julio.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Agosto.pdf	Ejecucion Agosto.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Septiembre.pdf	Ejecucion Septiembre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Octubre.pdf	Ejecucion Octubre.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	EJECUCION NOVIEMBRE.pdf	EJECUCION NOVIEMBRE.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	Ejecucion Diciembre 2025.pdf	Ejecucion Diciembre 2025.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Medellín, 26 de enero de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY JOHANNA PINEDA LINARES identificado(a) con C1018445046 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10184450462602644245

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

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

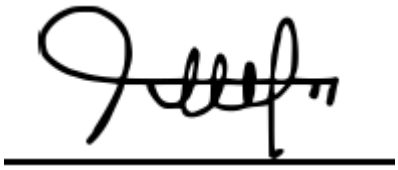
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C 1.018.445.046 DE BOGOTA

La suma de $4,101,300 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 672 -2025



LEYDI JOHANA PINEDA LINARES

C.C.1.018.445.046 DE BOGOTÁ

CUENTA DE AHORROS BANCO BANCOLOMBIA

NUMERO 62444137351

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:	LEYDI JOHANA PINEDA LINARES						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E		No.	1018445046	
CORREO ELECTRONICO:	lj.pinedal11@gmail.com				CELULAR:	3134059271	
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:					SUBRED		
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	A T FISIOTERAPIA Y REHABILITACIÓN USS 50 MEXICANA				SEDE:	SUBRED	
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU50M06	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCOLOMBIA S.A				TIPO DE CUENTA:	AHORRO	
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	62444137351				PENSIONADO	NO	

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

NÚMERO DE CONTRATO	672			VIGENCIA		2025	
NÚMERO DE CDP	248	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000	NÚMERO DE CRP	975	FECHA	2026-01-09 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	FISIOTERAPEUTA						
PERIODO CERTIFICADO:		DESDE	FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-01-01		2026-01-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:			$4,101,300				
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:	$49,571,940
VALOR EJECUTADO	$49,571,940
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	$4,101,300
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
8392675907	$1,640,520	$205,065	$262,483	3	$39,963	$507,511

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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."	Valorar integralmente los pacientes remitidos a rehabilitación integral y habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion	Registro en historia clinica
"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. "	Realizar las intervenciones al usuario de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Registro en historia clinica´
"Diligenciar de manera completa, legible y oportuna la historia clínica dando cumplimiento a la resolución 1995 de 1999.	Realizar el correcto diligenciamiento de la historia clínica para los diferentes servicios.	Registro en historia clinica
Realizar informe de gestión mensual y hacer entrega oportuna de los mismos a la respectiva área.	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios	informe cumplimiento de objetivos
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.	Informar al paciente y su familia de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion según su necesidades	Consentimiento informado, Registro en historia clinica
"Cumplir con las normas, procedimientos y manuales establecidos por la institución	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
"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"	Valorar integralmente los pacientes remitidos a rehabilitación integral y habilitación funcional realizando el estudio de caso de acuerdo a las nececidades de los pacientes su plan de tratamiento y su plan de intervencion	Registro en historia clinica´
"Todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor del contrato y sean afines al desarrollo del objeto del contrato"	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
Alimentar constantemente todos los sistemas de información que están de acuerdo a su perfil y mantenerlos al día.	Realizar informe mensual con el análisis de los indicadores propios , "Realizar reporte de eventos pór aplicativo y alider según las necesidades del servicio Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento de competencias , Asistir y participar activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento, análisis de protocolos	"informe cumplimiento de objetivos , REPOSTES EVENTOS, Aplicacion de manual de calidad en la institucion"
Demás actividades concernientes con de acuerdo a su perfil.	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
Uso adecuado del bata y carne según lineamiento Institucional. Incluye el cumplimiento de la estrategia " Quítate la Bata" en el contexto de seguridad del paciente.	Realizar el correcto uso de Bata en los espacios del las unidades	listas de chequeo, Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
"Asumir el 100% de 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"	Aplicar los procesos, subprocesos y procedimientos definidos en el Manual de Calidad de la Institución.	Aplicacion de manual de calidad en la institucion
"Colaborar con la unidad de servicios de salud donde se encuentre"	"particiapara ctivamente de las actividades propuestas ,Realizar el ejercicio de autocontrol, autorregulación y autogestión en las actividades desarrolladas "	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA
" En caso de presentarse un caso fortuito o de fuerza mayor que impida asistir a la consulta informar al supervisor del contrato"	Asistir y participar activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento, análisis de protocolos	CORREOS ELECTRONICOS O LLAMADAS A LIDER O PROFESIONAL ENCARGADO
participar activamente en las capacitaciones a las que sea asignado	"Realizar reporte de eventos pór aplicativo y alider según las necesidades del servicio Asistir y participar activamente en los espacios para ctualización y fortalecimiento de competencias , Asistir y participar activamente en los espacios para actualizacion y fortalecimiento, análisis de protocolos "	Actas, LISTADOS DE ASISTENCIA

Copia Controlada Subred Sur Occidente

INGRID JANNETH CAMACHO CACAIS
52502360
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