| 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: | NATALIA GAONA PEREZ | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 1020776516 | |
| CORREO ELECTRONICO: | NATALIAGAONAPEREZ@GMAIL.COM | | | | CELULAR: | 3144377924 | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | OTRAS TERAPIAS VILLA JAVIER | | | | SEDE: | SUBRED | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | |
| | PA35M07 | 100 | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | TIPO DE CUENTA: | | AHORRO | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 4870425313 | | | | PENSIONADO | NO | |

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

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 677 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 248 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 1087 | FECHA | 2026-01-09 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | FONOAUDIOLOGO | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2026-01-01 | | 2026-01-31 | | |
| 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: | $43,590,960 |
| VALOR EJECUTADO | $43,239,420 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $3,632,580 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $351,540 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 99% |

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1077821331 | $1,312,416 | $164,052 | $209,987 | 3 | $31,970 | $406,009 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Enero de 2026. 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.Valorar integralmente los pacientes remitidos a paquetes de estimulación adecuada y de habilitación funcional. | 1. Valoracion integral de los pacientes remitidos a paquetes de estimulación, rehabilitacion y habilitación funcional. | Registro en historia clinica |
| 2.Elaborar la ficha fisica de valoración en el área motora de los dos. | 2. Elaboracion de la ficha fisica de valoración en el área motora. | Registro en historia clinica |
| 3.Realizar estudio de caso de los pacientes de acuerdo a los lineamientos establecidos. | 3. Ejecutar estudios de caso de los respectivos pacientes. | Registro en historia clinica |
| 4.Atender integralmente en procesos de estimulación de acuerdo a los lineamientos. | 4. Atencion integral en procesos de estimulación de acuerdo a los lineamientos. | Registro en historia clinica |
| 5.Asistir a procesos de fortalecimiento y actualización, UAT, ULC y otras reuniones. | 5. Asistencia de manera presencial o virtual a procesos de fortalecimeinto y actualizacion, UAT, ULC y otras reuniones. | Actas de asistencia |
| 6.Participar en reuniones de discapacidad a nivel institucional. | 6. Participacion en las reuniones programadas de discapacidad a nivel institucional. | Actas de asistencia |
| 7.Atender Pacientes particulares. | 7. Atencion a Pacientes particulares. | Registro en historia clinica |
| 8.Realizar informe mensual. | 8. Realizacion de informe mensual de lospacientes programados. | Registro en historia clinica |
| 9.Participar en la implementación y evaluación de los programas de atención a la comunidad de acuerdo a las necesidades. | 9. Participarcion oportuna en la implementación y evaluación de programas de atención a la comunidad de acuerdo a las necesidades de los mismos. | Registro en historia clinica |
| 10. Revisar el correcto diligenciamiento de los sistemas de registro (papelería) establecidos para los diferentes servicios. | 10. Diligenciar de manera correcta los sistemas de registro (papelería) establecidos para los diferentes servicios. | Registro en historia clinica |
| 11. Desarrollar o apoyar la ejecución de actividades de detección temprana, protección específica, vigilancia en salud púlibca. | 11. Ejecutar las actividades de detección temprana, protección específica, vigilancia en salud púlibca. | Registro en historia clinica |
| 12. Propiciar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una prestación éficaz de los servicios de salud. | 12. Generar las relaciones de coordinación necesarias para lograr una prestación éficaz de los servicios de salud . | Registro en historia clinica |
| 13. Realizar las acciones de salud pública de su responsabilidad necesarios de acuerdo con las normas vigentes. | 13. Realizacion de actividades en salud pública de su responsabilidad necesarias de acuerdo con las normas vigentes. | Registro en historia clinica |
| 14.Realizar actividades de cadena de custodia de acuerdo a guía y normatividad vigente. | 14. Diligenciar las actividades de cadena de custodia de acuerdo a guía y normatividad vigente que asi lo requieran. | Registro en historia clinica |
| 15. Realizar las actividades pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos. | 15. Desarrollar las tareas pertinentes para alcanzar el cumplimiento de las metas contractuales y/o de planes y/o proyectos planteados. | Aplicación de manual de calidad |
| 16. Coadyuvar el cumplimiento del plan de gestión institucional a través del cumplimiento de las metas contractuales. | 16. Colaborar con el plan de gestión institucional a través del cumplimiento de las metas contractuales establecidas. | Registro en historia clinica |
| 17. Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | 17. Cuidar el patrimonio institucional promoviendo la correcta utilizacion de los mismos y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | Registro en historia clinica |
| 18. Diligenciar de manera clara, completa y oportuna los instrumentos que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. | 18. Tramitar de manera correcta, clara , completa y oportuna los instrumentos (historia clinica) que le sean encomendados para el ejercicio de su actividad. | Registro en historia clinica |
| 19. Realizar el ejercicio de autocontrol, autoregulación y autogestión en las actividades desarrolladas. | 19. Autocontrolar, autoregular y autogestionar las actividades desarrolladas dentro de la atencion en salud. | Registro en historia clinica |
| 20. Aplicar y participar en la actualización, formulación en las guías de atención, protocolos, procesos y procedimientos. | 20. Aplicación, actualización y formulación en las guías , protocolos, procesos y procedimientos de atencion. | Aplicación de manual de calidad |
| 21. Utilizar de manera racional los recursos asignados a la prestación de servicios. | 21. Utilizacion de manera racional de los recursos asignados para la prestación de servicios en la atencion en salud. | Aplicación de manual de calidad |
| 22. Realizar la prestación de los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios. | 22. Prestar los servicios en el marco de los convenios y planes de beneficios establecidos. | Registro en historia clinica |

Copia Controlada Subred Suroccidente

| | | |
|---|---|---|
| 23. Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar. | 23. Realizar acciones preventivas y/o correctivas y/o plan de mejoramiento a que haya lugar. | Actas plan de mejora |
| 24. L as demás actividades que sean afines con la naturaleza del objeto contractual. | 24. Realizar las actividades que sean afines con la naturaleza del objeto contractual. | Registro en historia clinica |

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**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE**

**SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E NIT:**

**900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NATALIA GAONA PEREZ**

**C.C 1020776516 DE BOGOTÁ**

**La suma de 3,632,580 por concepto de: Prestación de servicios asistenciales en el área de rehabilitación como profesional en fonoaudiología en la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E durante el periodo del 01 al 31 de enero de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 677 del 2025.**




**NATALIA GAONA PEREZ**

**C.C.1020776516 DE BOGOTÁ**

**CUENTA DE AHORROS**

**BANCO DAVIVIENDA**

**NÚMERO 4870425313**

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2026-01-06, 05:09:38 AM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | diciembre de 2025 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | diciembre de 2025 |
| **Empresa** | NATALIA GAONA PEREZ |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 1020776516 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1077821331 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 2062337770 |
| **Banco** | (1051) - BANCO DAVIVIENDA |
| **Valor** | $ 449.600 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 172.29.10.57 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N900336004 | 25-14 | COLPENSIONES | 1 | $ 232.500 | $ 0 |
| N830003564 | EPS017 | FAMISANAR | 1 | $ 181.700 | $ 0 |
| N890903790 | 14-11 | ARL SURA | 1 | $ 35.400 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 449.600 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 449.600 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

**Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.**

¡El Poder de lo SIMPLE!