

**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:                     |                 | DANIELA TOVAR ORDOÑEZ        |   |     |                 |                 |                 |            |                 |    |  |        |  |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                          |                 | C.C                          | X   | C.E | No.             |                 | 1054567197      |            |                 |    |  |        |  |  |
| CORREO ELECTRONICO:                         |                 | DANIELATOVAR201417@GMAIL.COM |   |     |                 | CELULAR:        |                 | 3162954947 |                 |    |  |        |  |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: |                 |                              |   |     |                 |                 |                 |            |                 |    |  | SUBRED |  |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                     |                 |                              | URG PROCEDIMIENTOS DE URGENCIAS<br>USS OCCIDENTE DE KENNEDY |     |                 |                 | SEDE:           |            | SUBRED          |    |  |        |  |  |
| CENTRO DE COSTOS:                           | Centro de costo | %                            | Centro de costo   | %   | Centro de costo | %               | Centro de costo | %          | Centro de costo | %  |  |        |  |  |
|   | KE10B03         | 10                           | KE10I06   | 40  | KE10I09-2       | 10              | KE10I20         | 20         | KE10J02         | 20 |  |        |  |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                         |                 | BANCO DE BOGOTA              |   |     |                 | TIPO DE CUENTA: |                 |            | AHORRO          |    |  |        |  |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                   |                 |                              | 587125675   |     |                 |                 |                 | PENSIONADO |                 | NO |  |        |  |  |

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

|                             |     |                |                            |               |                     |       |                            |      |             |  |  |
|-----------------------------|-----|----------------|----------------------------|---------------|---------------------|-------|----------------------------|------|-------------|--|--|
| NÚMERO DE CONTRATO          |     | 2214           |                            |               | VIGENCIA            |       |                            | 2025 |             |  |  |
| NÚMERO DE CDP               | 248 | FECHA          | 2026-01-09<br>00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 2039                | FECHA | 2026-01-09<br>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: |     |                |                            |               | \$3,583,485         |       |                            |      |             |  |  |
| 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: | \$42,448,308 |
| VALOR EJECUTADO                         | \$40,468,212 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA            | \$3,583,485  |
| VALOR A LIBERAR                         | \$0          |
| SALDO POR EJECUTAR                      | \$1,980,096  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                 | 95%          |

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 |
|--------------------|-------------------|--------------------------|------------------------|-----------|------------|---------------|
| 9497506452         | \$1,534,574       | \$191,822                | \$245,532              | 3         | \$37,382   | \$474,736     |

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

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA  
52055407  
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 los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente   | Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente.   | Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante   |
| Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio                          | Ejecute el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio                               | Después de valoración inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patología en la historia clínica.   |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes  | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes   | Se realiza de forma cronológica y evolutiva la historia clínica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinámica Gerencial   |
| Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado                              | Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado                                    | Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones medicas y los ajustes entregados al plan de intervencion terapeutica |
| Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso  | Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso   | Se registra en la historia clinica la informacion al paciente y/o cuidador relacionado con la patología del paciente, educación y plan casero  |
| Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevo el registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institucion   |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred   | Participo en la programación de las actividades de la Subred.   | Entrego registro fotografico de la participacion en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de Enero y del asegurate del mes tema Consentimiento informado  |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente  | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente.  | No aplica  |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio   | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio.   | Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes.  |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.  | Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes.   | Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patología requiera el paciente   |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.  | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad.   | Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las historias clinicas en Dinámica                              |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.  | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio.   | Socializacion a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE   |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.  | Participo en la actualizac Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención.ión e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio  | Informacion al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patología y diligenciamiento de las mismas en la Historia clinica del paciente.   |
| Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio  | Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio  | Realizo aportes en el proceso de creación, actualizacion y/o socializacion de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitacion.  |

|  |  |   |
|--|--|---|
| Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades.  | Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | Registro de informe de novedades de equipos biomedicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atención   |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área  | Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área.  | Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios   |
| Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios   | Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios.  | No aplica   |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado   | No aplica  | No aplica   |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.  | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente.   | Atencion a visitas de habilitacion a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitacion   |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato   | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato.                                     | Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros dias del mes, de acuerdo al servicio de atención a la Referencia de Rehabilitación para la consolidación en el sistema de información. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato   | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato.   | Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo  |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.  | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado.   | Entrego pantallazo de reunión de rehabilitación DE PRETEST Y POSTEST ENCUESTRO DE APRENDIZAJE CONTINUO REHABILITACION MES DE DICIEMBRE  |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos   | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.  | Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo  |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente   | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente.   | Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de DICIEMBRE  |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato  | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato.  | Recibir la asignacion de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitacion  |
| <p>CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA<br/>52055407<br/>Supervisor</p>   |  |   |
| <p>Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.</p> <p>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br/>Copyright © 2021</p> |  |   |



## Planilla Resumen

| RESUMEN DE PAGO          |        |             |    |           |                   |                |                        |                  |
|--------------------------|--------|-------------|----|-----------|-------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                   | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$248,000         | \$200          | \$0                    | \$248,200        |
| COLFONDOS                | 231001 | 800,227,940 | 6  | 1         | \$248,000         | \$200          | \$0                    | \$248,200        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$37,800          | \$100          | \$0                    | \$37,900         |
| ARL SURA                 | 14-11  | 890,903,790 | 5  | 1         | \$37,800          | \$100          | \$0                    | \$37,900         |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) |        |             |    | 1         | \$193,800         | \$200          | \$0                    | \$194,000        |
| SANITAS                  | EPS005 | 800,251,440 | 6  | 1         | \$193,800         | \$200          | \$0                    | \$194,000        |
| <b>TOTAL</b>             |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$479,600</b>  | <b>\$500</b>   | <b>\$0</b>             | <b>\$480,100</b> |



Administradora de los Recursos del Sistema  
General de Seguridad Social en Salud  
ADRES

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido  | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---------------------|-----------------------|------------------|------------------|---------------|----------------|---------------------------|---------|-----------------|
| EPS/EOC             | Periodos Compensados  | Dias Compensados | Tipo Afiliado    | Observacion*  |                |                           |         |                 |

Información Importante:

El campo "Observación \*" denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

Medellín, 29 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 DANIELA TOVAR ORDOÑEZ identificado(a) con C1054567197 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.arsura.com.co](http://www.arsura.com.co) / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10545671972602934460



Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud

**Sur Occidente E.S.E.**

## BUZÓN DE SEGURIDAD DEL PACIENTE – “TU VOZ PROTEGE”

### DATOS

Sede:

Hospital Occidente de Kennedy



Servicio:

Rehabilitación

Turno:

Mañana



Perfil:

Fisioterapeuta

**Siguiente**



e.almeraim.com



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

- 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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

#### 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 |                           |                         |
|--------------------------|--|--|-------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cuenta de cobro Daniela Tovar Enero.pdf        | Cuenta de cobro Daniela Tovar Enero.pdf        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 DANIELA TOVAR.pdf | CUENTA DE COBRO FEBRERO 2025 DANIELA TOVAR.pdf | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | documento de cobro del mes de marzo 2025.pdf   | documento de cobro del mes de marzo 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | documento de cobro del mes de abril 2025.pdf   | documento de cobro del mes de abril 2025.pdf   | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta junio 2025.pdf                          | cuenta junio 2025.pdf                          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | julio cuenta_merged.pdf                        | julio cuenta_merged.pdf                        | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta agosto.pdf                              | cuenta agosto.pdf                              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | cuenta septiembre.pdf                          | cuenta septiembre.pdf                          | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | documentacion Octubre.pdf                      | documentacion Octubre.pdf                      | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |
| <input type="checkbox"/> | documentos de secop diciembre.pdf              | documentos de secop diciembre.pdf              | Proveedor   | <a href="#">Descargar</a> | <a href="#">Detalle</a> |

Borrar Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >