

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
|                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          |               | Versión<br>3                     |               |  |                    |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |                   |                                    |                                                          |               | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |               |                                                                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          |               | Código:<br>04-02-FO-0002         |               |                                                                                     |                    |
| <b>INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA</b>                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                    |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    | Cindy Tatiana Cortés Romero                              |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                    | C.C                                                      | X             | C.E                              | No.           |                                                                                     | 1016037329         |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |                   |                                    | tatianacortes0608@gmail.com                              |               |                                  | CELULAR:      |                                                                                     | 4130827-3114493304 |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                                                          |               |                                  | SUBRED        |                                                                                     |                    |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    | ADM DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS 11 PUENTE ARANDA |               |                                  | SEDE:         |                                                                                     | SUBRED             |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            | Centro de costo   | %                                  |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              | SU40U05           | 100                                |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |                   | BANCO DAVIVIENDA S.A               |                                                          |               | TIPO DE CUENTA:                  |               | AHORRO                                                                              |                    |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |                   |                                    | 7300773350                                               |               |                                  |               | PENSIONADO                                                                          | NO                 |
| <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |                   | 589                                |                                                          |               | VIGENCIA                         |               | 2025                                                                                |                    |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                | 248               | FECHA                              | 2026-01-09 00:00:00.000                                  | NÚMERO DE CRP | 898                              | FECHA         | 2026-01-09 00:00:00.000                                                             |                    |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   | APOYO PROFESIONAL UNIVERSITARIO II |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |                   |                                    | DESDE                                                    | FECHA INICIAL |                                  | HASTA         | FECHA FINAL                                                                         |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          | 2026-01-01    |                                  |               | 2026-01-31                                                                          |                    |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |                   |                                    |                                                          | \$4,159,005   |                                  |               |                                                                                     |                    |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |                   | Administrativo                     |                                                          |               | 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. |                   |                                    |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| <b>CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO</b>                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                    |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |                   |                                    |                                                          |               |                                  | VALORES       |                                                                                     |                    |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                                                          |               |                                  | \$4,159,005   |                                                                                     |                    |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          |               |                                  | \$4,159,005   |                                                                                     |                    |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |                   |                                    |                                                          |               |                                  | \$4,159,005   |                                                                                     |                    |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |                   |                                    |                                                          |               |                                  | \$0           |                                                                                     |                    |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |                   |                                    |                                                          |               |                                  | \$0           |                                                                                     |                    |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |                   |                                    |                                                          |               |                                  | 100%          |                                                                                     |                    |
| El intervisor 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 | APOORTE A SALUD 12.5% IBC          | APOORTE PENSION 16% IBC                                  | NIVEL ARL     | APOORTE ARL                      | TOTAL APORTES |                                                                                     |                    |
| 35593776                                                                                                                                                                                                                                                     | \$1,663,602       | \$207,950                          | \$266,176                                                | 3             | \$40,525                         | \$514,652     |                                                                                     |                    |
| 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<br>1018420569<br>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..<br>Copyright © 2021                                                                                                                                         |                   |                                    |                                                          |               |                                  |               |                                                                                     |                    |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                           | PRODUCTOS                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Realizar actividades como profesional de salud, con plena autonomía de acuerdo a los procedimientos establecidos por la Subred, , generar acciones de autocontrol y mejoramiento que garanticen la operación eficiente del área participar en el seguimiento de las metas de producción y los indicadores del sistema de calidad,                                                                                                   | Planeación reunión de EAC de los servicios de terapia respiratoria y en los servicios de terapia física, fonoaudiología, y terapia ocupacional.                                                       | Actas EAC de los servicios de terapias                                                 |
| Ejecutar las acciones propias de su objeto contractual según plan de trabajo y cronograma de actividades el cual deberá ser aprobado previamente por el supervisor, proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios,                                                                                                                                                | Apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras                                                                     | Seguimiento y respuesta a las PQR de los servicios de terapia.                         |
| Diseñar estrategias de Seguimiento a los servicios y programas que permita medir su impacto frente a las necesidades de la población y su sostenibilidad en la Institución, Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred, conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Proponer acciones de mejoramiento orientados a fortalecer la calidad de la atención en los diferentes servicios                                                                                       | Planteamiento de acciones de mejora para los casos de seguridad del paciente           |
| elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor, apoyar la respuesta a los requerimientos presentados por usuarios, entes de control y entidades responsables de pago, entre otras                                                                                                                                                                                                                 | Elaborar informes mensuales de seguimiento que sean requeridos por su supervisor                                                                                                                      | Informe de gestión y seguimiento a indicadores del servicio de terapias.               |
| asesorar y participar en los diferentes comités institucionales, apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales, Participar en las jornadas de capacitación, inducción, reuniones y eventos a los cuales sea convocado, notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio.                                                      | Asesorar y participar en los diferentes comités institucionales, apoyar a la Dirección y Subgerencia en las actividades que demande según requerimientos interinstitucionales y extra institucionales | Asistencia a las reuniones asignadas y comites de analisis y seguimiento.              |
| "velar por el registro de los procedimientos, actividades e intervenciones y todos aquellos necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para que este certifique el cumplimiento"                                                                                                     | Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos.                                                                         | Dar seguimiento a los procedimientos implementados en los servicios de terapia.        |
| conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos, cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato                                                                                                                            | Cumplir con los compromisos definidos en los planes de mejoramiento y auditoria de calidad que sean relacionados con el desarrollo de las actividades propias del contrato                            | seguimiento a los planes de mejora institucional y Auditorias del servicio de terapias |

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



|                              |                             |
|------------------------------|-----------------------------|
| RAZÓN SOCIAL :               | CINDY TATYANA CORTES ROMERO |
| IDENTIFICACIÓN:              | CC-1016037329               |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0                           |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: |                             |
| FECHA GENERACIÓN REPORTE:    | 2026-01-09                  |
| FECHA LÍMITE DE PAGO:        | 2026-01-09                  |
| FECHA DE PAGO:               | 2026-01-09                  |
| ENTIDAD DE PAGO:             | BANCO DAVIVIENDA            |
| PERÍODO PENSIÓN:             | 2025-12                     |
| PERÍODO SALUD:               | 2025-12                     |
| NÚMERO PLANILLA:             | 35593776                    |
| TOTAL COTIZANTES:            | 1                           |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN):    | 35593776                    |
| TIPO DE PLANILLA:            | I                           |

| CÓDIGO ENTIDAD | NIT       | NOMBRE     | NÚMERO AFILIADOS | IBC          | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|----------------|-----------|------------|------------------|--------------|-------------------|--------------------|-----------------|---------------------------|-------------|
| EPS005         | 800251440 | SANITAS    | 1                | \$ 1.663.602 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 208.000                | \$ 208.000  |
| 230201         | 800229739 | PROTECCION | 1                | \$ 1.663.602 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 266.200                | \$ 266.200  |
| 14-11          | 890903790 | ARL SURA   | 1                | \$ 1.663.602 | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 40.600                 | \$ 40.600   |
| Total a pagar  |           |            |                  |              | \$ 0              | \$ 0               | \$ 0            | \$ 514.800                | \$ 514.800  |

PAGADO

|                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 09/02/2026 |
|----------------------------------|------------|

**DOCUMENTO EQUIVALENTE N /2026**

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

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**CINDY TATYANA CORTES ROMERO**

**C.C 1016037329 DE BOGOTA**

La suma de 4'159.005 (cuatro millones ciento cincuenta y nueve mil cinco pesos Mcte), por concepto de: prestación de servicios como referente de terapia y rehabilitación en el área ambulatoria y fonoaudióloga en consulta externa de la Subred Sur Occidente. Durante el periodo del 1 de enero al 31 de enero del 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 589 -2025

*Tatiana Cortés R.*  
**CINDY TATYANA CORTÉS ROMERO**

**C.C.1016037329 DE BOGOTA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA**

**NUMERO 7300773350**